

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1905

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 11 Mai 1905 à 1 heure

PERFORATION DE L'UTÉRUS PUERPÉRAL

POST PARTUM

ET

POST ABORTUM

PAR

André MORLET

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
de l'Hôpital Maritime de Berck-sur-Mer et de la Maternité de l'Hôpital Tenon

Président : M. BERGER

MM. LE DENTU

} *Professeurs.*

Juges . .

MARION

} *Agrégés*

MORESTIN

PARIS

G. JACQUES, ÉDITEUR

14, RUE HAUTEFEUILLE, 14

1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....		M. DEBOVE.
Professeurs.....		MM.
Anatomie		POIRIER.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....		BRISSAUD.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE.
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....		N.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		GILBERT
Médecine légale.....		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....		DEJERINE.
		ROGER.
		DEBOVE.
Clinique médicale.....	{	LANDOUZY.
Clinique des maladies des enfants.....		HAYEM.
Clinique des maladies syphilitique		DIEULAFOY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		GRANCHER
Clinique des maladies nerveuses.....		GAUCHER.
		JOFFROY.
		RAYMOND
Clinique chirurgicale.....	{	LE DENTU.
Clinique ophtalmologique.....		TERRIER.
Clinique des voies urinaires.....		BERGER.
Clinique d'accouchements.....		RECLUS
Clinique gynécologique.....		D ^r de LAPERSONNE.
Clinique chirurgicale infantile.....		GUYON.
		PINARD.
		BUDIN.
		POZZI
		KIRMISSON.

Agrévés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	DUPRÉ.	LEGUEU	RICHAUD.
BALTHAZARD.	DUVAL.	LEPAGE.	RIEFFEL, chef
BEZANÇON.	FAURE.	MACAIGNE.	des trav. anat.
BRANCA.	GOSSET.	MAILLARD.	TEISSIER.
BRINDEAU	GOUGET.	MARION.	THIROLOIX.
BROCA André.	GUIART.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
CARNOT.	JEANSELME.	MERY.	WALLICH.
CLAUDE	LABBE.	MORESTIN.	
CUNEO.	LANGLOIS.	POTOCKI.	
DEMELIN.	LAUNOIS.	PROUST.	
DESGREZ.	LEGRY.	RENON.	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

DÉDIÉ A MES DEUX MAÎTRES LES PLUS CHERS

Monsieur le Docteur PICQUÉ

Chirurgien de l'Hôpital Bichat
et Chirurgien en chef des Asiles de la Seine

Monsieur le Docteur CAMPENON

Professeur agrégé
Chirurgien de l'Hôpital de la Charité

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

EXTERNAT

Monsieur le Docteur DÉJERINE

Professeur à la Faculté de Médecine

Monsieur le Docteur RICHARDIÈRE

Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades

Monsieur le Docteur FAISANS

Monsieur le Docteur CAMPENON

Monsieur le Docteur DEMOULIN

INTERNAT

1901. — Monsieur le Docteur MÉNARD

Chirurgien de l'Hôpital maritime de Berck-sur-Mer

1902. — MM. les D^{rs} CAMPENON et BEURNIER

1903. — Monsieur le Docteur BOISSARD

Accoucheur à l'Hôpital Tenon

1903. — Monsieur le Docteur GUINON

Médecin à l'Hôpital Trousseau

1904. — Monsieur le Docteur PICQUÉ

En témoignage de ma profonde reconnaissance

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR BERGER

Professeur à la Faculté de Médecine

Hommage respectueux

INTRODUCTION

En 1901, dans la deuxième partie de sa thèse, Rebreyend a fait une étude d'ensemble des perforations utérines ; et il en rapporte un grand nombre d'observations. Nous y voyons la perforation intéresser des utérus à paroi saine ou du moins peu altérée : en effet, nombre d'observations ne signalent que des altérations annexielles ; ici l'utérus est seulement atteint de métrite chronique ; là, il s'agit d'un utérus fibromateux ; dans d'autres observations, il est seulement dit que l'utérus était en mauvaise position : version ou plus souvent flexion. A côté, nous trouvons des observations d'utérus perforés dont le parenchyme est altéré : tel l'utérus atteint de dégénérescence épithéliomateuse, dont la paroi a été assez souvent traversée par la curette ; enfin nous y voyons des perforations de l'utérus après l'accouchement ou l'avortement.

A étudier ainsi la perforation utérine dans des cas aussi dissimilaires, aussi disparates, il y a un inconvénient, car le pronostic de cet accident est essentiellement différent quand il se produit sur un utérus seulement rétrofléchi par exemple, sur un utérus cancéreux avec écoulement ichoreux fétide, sur un utérus atteint d'infection puerpérale : or, de la lecture de toutes les observations de perforations utérines rapportées dans cette thèse se dégage cette conclusion générale, que la perforation utérine est un accident d'une fréquente bénignité ; c'est d'ailleurs, la conclusion à laquelle arrive Rebreyend, qui s'exprime ainsi à la fin de sa thèse : « pour nous résumer, nous voulons répéter encore une fois une notion qui doit heureusement dominer l'histoire des perforations utérines : dans l'immense majorité des cas, elles sont exceptionnellement bénignes ».

Nous croyons devoir nous élever contre cette assertion, car, à supposer que dans toutes les observations rapportées par Rebreyend l'utérus ait été réellement perforé, ce qui peut être contesté toutes les fois que la perforation utérine n'est pas de toute évidence clinique et que, n'intervenant pas (par hystérectomie vagi-

nale ou laparotomie), et donc la perforation utérine n'étant pas directement constatée, la femme guérit ; on peut dire que la majorité de ces observations est constituée par des cas qui se sont terminés d'une façon favorable par la guérison de la femme et cela, quelle qu'ait été la conduite tenue par le médecin, depuis l'abstention pure jusqu'à l'intervention la plus radicale : l'hystérectomie. On peut avancer en effet qu'il est grandement probable que la plupart des cas de perforation utérine qui se sont terminés par la mort, malgré le traitement qui a pu être institué, ne sont pas publiés (malgré le grand intérêt qu'il y aurait à les connaître), par leurs auteurs.

En 1902, M. Mauclore a fait reprendre le même sujet à son élève Miquel, qui arrive dans sa thèse à conclure qu'assez souvent la perforation de l'utérus est un accident grave ; mais comme Rebreyend, Miquel fait une étude d'ensemble de la perforation utérine.

Nous croyons qu'il y a grand intérêt à étudier la perforation utérine dans des circonstances bien spéciales et bien déterminées ; aussi, à l'occasion de 3 perforations utérines observées cette année à l'hôpital Bichat, sur les conseils et sous la direction de notre maître M. Picqué, nous nous proposons d'étudier la perforation utérine seulement dans les jours ou semaines qui suivent l'accouchement ou l'avortement. Nous croyons devoir y adjoindre l'étude des perforations utérines au cours de tentatives d'avortement, car les conditions nous semblent presque semblables et partant, la conduite à tenir doit être identique.

Donc, après Rebreyend et Miquel qui ont fait une étude d'ensemble de la perforation utérine, nous étudierons la perforation de l'utérus puerpéral post partum et post abortum.

Et cette question doit être connue de tout praticien : car il faut bien qu'il sache que cet accident peut un jour arriver entre ses mains au cours de la manœuvre intra-utérine la plus méthodique et la plus prudente, parce que la paroi de l'utérus puerpéral peut être d'une excessive fragilité ; il faut qu'il sache que cet accident comporte un pronostic très souvent grave et réclame l'intervention chirurgicale d'urgence.

CHAPITRE PREMIER

FRÉQUENCE ET ÉTIOLOGIE

Fréquence. — C'est après l'accouchement et l'avortement que, d'une façon générale, l'utérus a été le plus souvent perforé, comme on peut le voir en feuilletant la longue série des observations que rapporte Rebreyend : aussi croyons-nous pouvoir avancer que cet accident n'est pas très rare, s'il n'est pas plus fréquemment signalé.

De même les perforations par manœuvres abortives, si elles ne sont presque jamais avouées, ne sont pas exceptionnelles : nous en rapportons une observation personnelle.

Étiologie. — Rebreyend reconnaît avec raison aux perforations utérines trois conditions pathogéniques : dans un premier ordre de faits la fragilité du parenchyme utérin explique l'extrême facilité de sa perforation ; c'est précisément le cas de l'utérus puerpéral : la puerpéralité en ramollissant, en rendant friable le parenchyme utérin, fait de l'utérus *un utérus dangereux*, pour nous servir de son expression.

Dans d'autres cas la perforation utérine est imputable à l'instrument qui a été introduit dans sa cavité : on s'est servi d'un *instrument dangereux*.

Enfin dans un troisième ordre de circonstances, c'est la manœuvre employée qui doit être incriminée : la perforation utérine relève d'une *manœuvre dangereuse*.

Dans la perforation utérine par manœuvres abortives, où le plus souvent le provocateur cherche à obtenir l'avortement par la perforation des membranes de l'œuf, ces trois éléments pathogéniques réunis concourent à la production de la perforation utérine, mais croyons-nous, à des titres divers : la grossesse en effet ramollit bien le parenchyme utérin, mais ce sont bien plus les instruments mis en usage qui sont dangereux, très divers, mais pointus pour la plupart ; ce sont plus encore les manœuvres pratiquées qu'il faut incriminer, manœuvres dont la brutalité, cependant difficile à évaluer, est certaine et dont la maladresse n'est pas douteuse, que ces manœuvres soient effectuées par des tiers ou par la femme elle-même : car il est important de le savoir, au point de vue médico-légal, la

femme peut fort bien être l'auteur de sa perforation utérine : en effet, quoique les observations en soient rares, il est un certain nombre de femmes qui ont affirmé et soutenu avoir pu s'introduire dans le col utérin, préalablement repéré avec un ou deux doigts, divers instruments. Bien plus, P. Laguerre a entrepris à ce sujet dans le service de M. Dupau à Toulouse des expériences qu'il rapporte dans sa thèse (1) et d'où il résulte que la femme peut par le toucher pratiqué sur elle-même repérer son col utérin et souvent dès la première tentative introduire dans son utérus soit un hystéromètre, soit une canule ; la position la plus favorable est l'attitude accroupie, enfin l'auteur prétend que la situation la plus favorable à l'auto-introduction d'un instrument dans l'utérus est la rétroversion de cet organe.

Enfin, et nous tenons à le dire de suite, ces manœuvres abortives sont entreprises presque toujours sans aucun soin de propreté.

Étudions maintenant les conditions étiologiques de la perforation utérine accidentelle dans les jours ou semaines qui suivent l'accouchement et l'avortement ; cet accident est arrivé et peut arriver entre les mains des plus expérimentés.

Il est de notion vulgaire que l'utérus *aussitôt après l'accouchement* est friable, mou, aminci surtout au niveau de l'insertion placentaire ; plus encore quand il y a eu surdistension de la paroi utérine par grossesse gémellaire, hydramnios, monstruosité fœtale, etc.

L'utérus *après l'avortement*, surtout quand celui-ci est jeune, est traité d'une façon générale avec moins d'égards, une douceur beaucoup moins rigoureuse : la paroi utérine semble a priori devoir être bien plus résistante. Il est bon cependant de répandre cette notion que la fragilité post abortum de la paroi utérine peut être grande et ne différer que peu de la fragilité du parenchyme utérin post partum : dans les annales de gynécologie et d'obstétrique de 1902, Varnier rapporte l'observation et l'autopsie d'une femme qui prétendait s'être fait avorter à 2 mois et 1/2 environ en s'introduisant une sonde montée sur un mandrin métallique dans l'utérus : or la paroi utérine n'avait que 3 millimètres d'épaisseur au niveau de l'insertion placentaire, tandis qu'au voisinage son épaisseur était de 10 millimètres et dans le reste de l'utérus de 15 à 20 millimètres : on conçoit avec quelle facilité un instrument est

(1) P. Laguerre. Thèse de Toulouse 1892-1893.

capable, en pareilles circonstances, de perforer une paroi utérine aussi amincie.

Lorsqu'après l'accouchement, la délivrance a été incomplète ou qu'à la suite de l'avortement, il y a rétention placentaire, ce qui est fréquent, l'utérus qui renferme des débris placentaires plus ou moins considérables reste mou et friable pendant longtemps, car du fait de cette rétention l'involution utérine ne se fait pas.

Or dans les jours qui suivent immédiatement l'accouchement, la perforation de l'utérus est un accident des plus rares, car lorsqu'on a lieu de croire à une délivrance incomplète on pratique le curage digital qui est une manœuvre sans danger, si elle est faite avec méthode.

La rétention placentaire est bien plus souvent cause de perforation utérine dans les jours qui succèdent immédiatement à l'avortement, parce qu'on lui oppose trop souvent des manœuvres intra-utérines instrumentales, au lieu de pratiquer là encore le curage digital.

Mais c'est plus souvent quand l'accouchement ou l'avortement remontent à une date déjà relativement éloignée (semaines ou même mois), qu'intervenant pour une *métrite étiquetée hémorragique* et reconnaissant pour pathogénie la rétention de cotylédons placentaires, on a perforé l'utérus avec des instruments, ainsi que nous en rapportons plusieurs observations.

Lorsqu'à la rétention post partum ou post abortum s'associe un certain degré d'*infection utérine*, comme il n'est pas rare de l'observer, la fragilité du parenchyme utérin, sa friabilité en sera encore accrue.

Enfin l'*infection utérine à elle seule* (sans rétention placentaire ni de membranes nombreuses, après l'accouchement et l'avortement, même quand elle n'est pas très accentuée, retarde l'involution utérine et augmente la friabilité de l'utérus qui peut être alors perforé avec la plus extrême facilité.

L'infection puerpérale peut en effet déterminer des altérations très prononcées du parenchyme utérin qui faciliteront au plus haut degré sa perforation à la suite d'une intervention intra-utérine quelconque : nous voulons parler des *abcès utérins* et de la *gangrène utérine*.

Depuis longtemps signalés dans l'infection puerpérale, les abcès utérins ont été étudiés en France surtout par Martineau (1), Sire-

(1) Martineau. Traité des affections de l'utérus, 1879.

dey (1), et plus récemment Letulle (2) et en Allemagne par Von Franque (3) qui en a fait une étude approfondie en 1901 ; à la Société de chirurgie ces dernières années, M. Picqué et M. Tuffier lors de la discussion sur l'opportunité de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale en ont rapporté plusieurs observations.

Or les abcès utérins sont susceptibles de constituer des poches purulentes qui peuvent s'ouvrir à la fois du côté de la cavité utérine et du côté de la cavité péritonéale, réalisant ainsi une *perforation spontanée* de l'utérus. Il importe au point de vue médico-légal de connaître ces faits, dont nous reparlerons à l'anatomie pathologique.

Ce que nous en voulons retenir pour l'instant c'est que ces abcès utérins favoriseront à un haut degré la perforation de l'utérus à l'occasion de la manœuvre intra-utérine la moins brutale.

La gangrène de l'utérus secondaire à l'infection puerpérale est depuis moins longtemps connue ; bien étudiée au point de vue anatomo-pathologique par Slawinski et connue en Allemagne sous le nom de métrite disséquante, elle a donné lieu en 1900 à un travail d'ensemble de Beckmann (4) de St-Petersbourg, que M. Picqué a rappelé en 1901 à la société de chirurgie.

Pouvant s'observer aussi bien après l'avortement qu'après l'accouchement, elle se présente sous la forme de plaques de sphacèle d'étendue très variable, pouvant en effet s'étendre à la presque totalité de la cavité utérine ou n'occuper qu'une surface limitée à quelques millimètres, tout le reste de l'utérus apparaissant sain.

Du 7^e au 20^e ou même au 25^e jour une escharre se détache, alors la malade guérit rapidement ; mais dans un quart des cas, la femme succombe soit à l'infection, soit lors de la chute de l'escharre à une hémorragie considérable comme dans une observation que rapporte Jeannin (5) dans sa thèse, soit lors de l'élimination de la portion nécrosée quand la gangrène a envahi toute l'épaisseur de la paroi utérine à une *perforation spontanée* de l'utérus qui entraîne rapidement la mort par péritonite septique comme l'a signalé Grammatikati Isfolatowskaja et quelques autres (6).

(1) Siredey. Traité des maladies puerpérales, 1884.

(2) Letulle. Anatomie pathologique.

(3) Von Franque. Abcès de l'utérus et métrite disséquante. Samml. Klin, 1901.

(4) Beckmann. Die puerpérale Uterusgangræn. Zeitsch. f. Geb. 1900.

(5). Jeannin. Thèse de Paris, 1902, pages 132 et 133.

(6) Picqué. Bull. de la société de chirurgie de Paris, 1901.

Ces faits de perforation spontanée par gangrène utérine doivent être également connus du médecin légiste.

Qu'il nous suffise de signaler l'extrême facilité avec laquelle la manœuvre intra-utérine la plus douce pourra produire dans de semblables conditions la perforation utérine comme Beckmann en rapporte un cas.

L'utérus immédiatement après l'accouchement ou l'avortement doit être traité avec grande douceur, l'utérus post partum et post abortum qui n'a pas fait son involution de par une rétention placentaire ou de par l'infection est un utérus dont il faut grandement se méfier, sa paroi étant restée friable ; aussi tous les instruments qu'on y introduira pourront le perforer et les manœuvres intra-utérines devront être extrêmement prudentes.

Passons en revue les instruments susceptibles d'être introduits dans la cavité utérine après l'accouchement et l'avortement ; en même temps nous en ferons la critique pour rejeter absolument l'usage d'un certain nombre d'entre eux comme les instruments de petit calibre qui sont éminemment dangereux, et nous dirons les précautions dont doit s'entourer l'opérateur pour éviter le plus possible l'accident que nous étudions dans l'emploi de ceux que nous admettons.

L'*hystéromètre*, bien que renflé à son extrémité, est un instrument trop effilé qui perforera l'utérus puerpéral avec la plus extrême facilité ; nous le considérons comme un instrument extrêmement dangereux et nous repoussons absolument son emploi. Il est d'ailleurs parfaitement inutile et en effet les dimensions de l'utérus, comme sa position, sont très nettement appréciées par le toucher vaginal combiné au palper.

Avant de procéder à un curettage ou à un curage digital de l'utérus puerpéral, il peut être nécessaire de procéder au préalable à la dilatation du col utérin.

Il est toute une catégorie de *dilatateurs* qui sont destinés à obtenir rapidement la dilatation du col par l'écartement de leurs branches : les uns agissent par l'écartement divergent, les autres par l'écartement non plus divergent, mais parallèle de leurs branches.

Nous considérons tous ces dilatateurs comme fort dangereux, et en effet : d'une part, ils sont introduits dans l'utérus leurs branches rapprochées, or la réunion de ces branches constitue une extrémité effilée qui expose grandement à la perforation utérine lors de

la pénétration de l'instrument ; d'autre part, lors de l'écartement de leurs branches, les dilateurs à branches parallèles sont susceptibles de faire éclater le col ; quant aux dilateurs à branches divergentes, chaque extrémité de leurs branches toujours relativement pointue, viendra menacer la paroi du corps utérin et pourra déterminer sa perforation. Aussi rejetons-nous absolument l'usage de ces dilateurs et conseillons-nous de recourir à d'autres.

Si le col est trop fermé, ce qui est rare quand il s'agit d'utérus post partum et post abortum, pour permettre d'emblée l'introduction d'une bougie de Hégar d'un certain calibre, on se servira d'un dilateur à action lente dont le type est la tige de *laminaire* ; mais rappelons que son introduction dans la cavité utérine doit toujours être méthodiquement faite, car plus elle est petite, plus elle est susceptible de perforer l'utérus : M. Potherat a rapporté l'observation d'une perforation utérine par une tige de *laminaire*. (1)

La dilatation du col sera poussée plus loin et d'une manière plus rapide au moyen de dilateurs progressifs sériés, dont le type est représenté par la *bougie de Hégar* : nous considérons la bougie de Hégar comme le meilleur instrument de dilatation du col utérin, à condition toutefois de ne pas employer les petits numéros qui sont aussi susceptibles que l'hystéromètre de perforer l'utérus puerpéral.

Nous sommes d'avis de ne pas introduire dans l'utérus une bougie de Hégar de numéro inférieur au numéro 12 de la série, ce qui est presque toujours possible avec l'utérus puerpéral. Si par exception le col n'était pas assez ouvert pour admettre le n° 12 de la série des bougies de Hégar, nous conseillons de commencer à le dilater avec des tiges de *laminaires*.

La dilatation au moyen des bougies de Hégar devra être méthodiquement conduite : on engagera dans le col, après les avoir préalablement graissées, des numéros de plus en plus gros sans jamais en sauter un seul de la série et en ayant soin de s'arrêter dès qu'on aura obtenu une dilatation suffisante pour la manœuvre intra-utérine que l'on se propose d'entreprendre et en rapport avec les dimensions approximatives de la cavité utérine : et en effet lorsque la dilatation du col avec les bougies de Hégar est

(1) Thèse de Rebreyend (Paris 1901).

poussée au-delà de certaines limites elle peut produire l'éclatement du col par surdistension du canal cervical.

La perforation de l'utérus post partum et plus souvent encore post abortum a été nombre de fois produite par la *curette*. Aussi les accoucheurs sont à peu près unanimes pour proscrire l'introduction d'une curette dans la cavité utérine avant la fin du 3^e jour qui suit l'accouchement. Ils estiment comme prudent de ne pas curetter avant cette date l'utérus et y emploient une curette très large, à extrémité très arrondie, à bords très mousses comme la curette de Wallich. Nous serions d'avis qu'on se comporte aussi prudemment à l'égard de l'utérus après l'avortement.

Les curettes les plus dangereuses pour l'utérus puerpéral seront naturellement toutes les curettes fines et pointues, qui seront de parti pris rejetées ; nous n'admettons que les curettes larges, arrondies à leur extrémité ou celles que M. Picqué a fait construire.

Outre le choix judicieux de la curette, le curettage de l'utérus puerpéral doit obéir aux règles générales du curettage ; c'est ainsi que le col doit être suffisamment dilaté pour que la curette choisie puisse y être introduite sans frottement et y circulêr en toute liberté, autrement on s'expose en la poussant dans le col à faire des échappées dangereuses qui risquent d'aboutir à la perforation de l'utérus ; naturellement le col aura toujours été fixé au préalable au moyen d'une pince. Le curettage de l'utérus post partum et post abortum obéira à des règles particulières imposées par la friabilité de son parenchyme ; le curettage est-il entrepris pour enlever des débris placentaires peu volumineux (car pour peu qu'ils aient un certain volume c'est au curage digital que l'on aura recours) c'est sous le contrôle du doigt qui explorera la cavité utérine que l'on opérera avec la curette. D'autre part que le curettage soit effectué pour une rétention placentaire ou s'attaque à l'infection de la cavité utérine, on ne cherchera jamais à obtenir le cri utérin dans l'utérus puerpéral, car sa paroi est molle et friable et ne peut donner ce signe : à curetter la paroi utérine jusqu'à ce qu'on obtienne ce signe, qu'elle ne peut fournir, on s'expose à la perforer.

On a construit pour enlever les débris placentaires dans l'utérus puerpéral des *pinces spéciales* ; leur emploi a donné lieu à des accidents, qui, à la suite de la communication d'une observation

d'Alberti de Postdam, ont soulevé une grande discussion à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Berlin (1) en 1894, à laquelle prirent part Veit, Gusserow, Orthmann, Olshausen et Martin qui apportèrent des cas analogues.

Dans les observations rapportées par Alberti, Veit et Gusserow, que nous donnons plus loin en détail, la pince employée pour extraire les débris placentaires dans des utérus puerpéraux à paroi infectée a ramené une anse intestinale dans les cas d'Alberti et de Veit, de l'épiploon dans celui de Gusserow.

Dans l'observation d'Olshausen c'est une anse intestinale déchirée, dans celle d'Orthmann c'est une anse grêle déchirée et arrachée de son mésentère qu'a ramenées la pince à débris. Enfin dans le cas relaté par Martin, l'opérateur ramena dans les mors de sa pince 75 centimètres d'intestin grêle qu'il prit pour le cordon ombilical et coupa.

A l'exception de Martin, qui, tout en reconnaissant les dangers très réels de la pince à débris, en recommande l'emploi, tout au moins dans l'avortement des premiers mois, mais avec précaution sous la conduite et le contrôle du doigt, Veit, Gusserow, Orthmann et Olshausen sont unanimes à rejeter son usage comme extrêmement dangereux pour l'utérus puerpéral.

Nous nous rangeons complètement à cet avis et proscrivons absolument l'emploi de ces pinces.

L'utérus puerpéral a été perforé, très rarement il est vrai, lors de l'*écouvillonnage* de sa cavité.

Dans l'observation que l'on trouvera plus loin et que nous devons à l'obligeance de M. Bar, il se peut fort bien puisque l'*écouvillonnage* a été précédé d'un curettage que l'utérus ait été perforé par la curette et que l'*écouvillon* ait passé au travers de cette perforation. Dans les 2 observations que nous empruntons à la thèse de Lucas, la perforation utérine est attribuée à l'*écouvillonnage* : dans l'une d'elles il y a eu au préalable curettage de l'utérus, il est donc possible là encore d'incriminer la curette, mais dans l'autre, l'utérus a bien été perforé lors de l'*écouvillonnage*, puisqu'il n'a été introduit dans la cavité utérine qu'un tampon de ouate imprégné de glycérine créosotée monté sur une longue pince.

A l'occasion de *lavages intra-utérins* l'utérus puerpéral a été plusieurs fois perforé : dans un certain nombre de cas la sonde intra-

(1) Centralblatt für gynäkologie, 1894.

utérine a déterminé la perforation de l'utérus lors de son introduction, comme l'eût fait tout instrument rigide et par un mécanisme par conséquent nullement particulier : c'est très probablement parce que l'antecourbure, qui est souvent si prononcée après l'accouchement, n'a pas été assez redressée lors de l'introduction de la sonde intra-utérine que celle-ci, dans l'observation que nous devons à l'obligeance de M. Porak, perfora la paroi postérieure de l'utérus au-dessus de l'orifice interne. Et nous lisons en effet dans l'observation que l'on retrouvera plus loin de MM. Fieux et Lafond : « il est flagrant d'après les pièces que dans cet utérus en antecoudure l'instrument perforant (probablement la sonde suivant eux) après avoir parcouru la cavité cervicale a continué à cheminer dans l'axe du col au lieu de basculer pour pénétrer suivant l'axe du corps ».

Dans une observation que rapporte Flandrin, une femme chez laquelle on avait installé l'irrigation continue intra-utérine au moyen de la sonde rigide de Pinard, dans un mouvement intempestif embrocha son utérus sur la sonde.

Enfin Flandrin (1) dans sa thèse émet certaines hypothèses sur le mécanisme de la perforation utérine au cours des injections intra-utérines : il fait d'abord remarquer que l'utérus dans lequel on fait une injection se contracte avec une certaine vigueur.

Or la paroi du corps de l'utérus voisine de l'extrémité de la sonde intra-utérine pourrait venir dans une contraction s'appliquer avec force sur l'extrémité de la sonde, Flandrin émet l'hypothèse que cette contraction pourrait être assez énergique pour qu'il en résulte une perforation utérine.

Il insiste sur un autre fait que l'on observe souvent au cours d'une injection intra-utérine c'est que le col se contractant vient se fermer sur la sonde, emprisonnant ainsi au-dessus de lui dans la cavité utérine une certaine quantité du liquide de l'injection : si la sonde ne permet pas le retour du liquide injecté, mais seulement son entrée dans l'utérus et sous une forte pression, il peut fort bien s'en suivre un éclatement de la paroi utérine, comme Flandrin en avance l'hypothèse.

Aussi les injections intra-utérines ne seront-elles faites que sous faible pression, le récipient renfermant le liquide de l'injection

(1) *Flandrin*. Thèse Paris, 1895.

n'étant pas élevé de plus de cinquante centimètres au-dessus du plan sur lequel repose la femme.

On ne les pratiquera qu'avec une sonde où le retour du liquide de l'injection est largement assuré. Nous ne croyons pas devoir conseiller l'usage de la sonde de Doléris, où le retour du liquide est assuré par l'écartement des branches, parce que ces branches sont de petit calibre et par conséquent risquent de déterminer, lors de l'introduction de cette sonde, une perforation de l'utérus, parce qu'ensuite elle agit à la façon d'un dilatateur à branches divergentes dont nous avons dit précédemment les dangers. Nous croyons préférable de se servir d'une sonde du type de la sonde en fer à cheval de M. Budin, à extrémité mousse et large et où le retour du liquide de l'injection est assuré par une large cannelure ménagée à la face inférieure de l'instrument.

Mais il faut bien le dire, même avec les instruments dont nous admettons l'emploi, une perforation de l'utérus est possible : il est en effet un certain nombre de *règles générales à observer* : si on vient à les enfreindre, la manœuvre devient dangereuse.

Avant d'introduire un instrument quel qu'il soit dans l'utérus puerpéral on pratiquera le toucher combiné au palper pour en apprécier les dimensions et surtout la position : ainsi on ne cherchera pas à la faire pénétrer outre mesure et on cathétérisera à proprement parler la cavité utérine avec l'instrument. Toujours cette introduction sera faite avec grande douceur, en s'arrêtant au moindre obstacle.

C'est parce que l'opérateur, dans l'observation de Pichevin que l'on trouvera plus loin, ne s'était pas aperçu avant son curettage que l'utérus était en latéro-flexion qu'il le perfora.

On aura soin de toujours fixer le col utérin avec une pince, qu'on y introduise une tige de laminaire, une bougie de Hégar, une curette, un écouvillon, même une sonde intra-utérine pour peu qu'il se présente la moindre difficulté. Nous ne faisons guère d'exception que pour le lavage intra-utérin peu de temps après l'accouchement, mais il convient de procéder comme il suit : la sonde sera conduite sur l'index et le médius formant gouttière et pénétrant légèrement dans le col, puis dès qu'elle aura traversé la cavité cervicale, on aura soin, en même temps qu'une main placée sur l'abdomen redresse le fond de l'utérus, d'en abaisser le pavillon très en arrière sur la fourchette de façon que le bec de la sonde se

porte au contraire en avant pour cathétériser l'utérus dont le corps est généralement très antéfléchi sur le col aussitôt après l'accouchement : autrement on s'expose à faire une perforation de la paroi postérieure de l'utérus au point correspondant à l'angle d'antéflexion.

Enfin pour peu que l'intervention intra-utérine ait une certaine importance, comme un curettage, on aura soin de recourir à l'anesthésie générale pour éviter les mouvements intempestifs de la femme : et en effet il est arrivé que des femmes indociles aient embroché leur utérus sur l'instrument employé par l'opérateur.

Avant de terminer ce chapitre un peu long, mais où nous avons cru devoir nous étendre quelque peu sur l'étiologie pour mettre en garde le plus possible contre la perforation de l'utérus puerpéral, nous voulons parler du *curage digital de l'utérus*.

Cette manœuvre est employée couramment par la majorité des accoucheurs contre la rétention placentaire post partum et post abortum, sans ou après dilatation préalable du col, si la chose est nécessaire.

Contrairement à M. Doléris, qui dans la communication à la Société Obstétricale et Gynécologique de Paris du 13 mai 1897 préconise l'usage des instruments : curettes, pinces et écouvillons de préférence au curage digital, M. Maygrier s'exprime ainsi dans sa communication devant la même société le 8 juillet 1897 : « Entre les mains les plus habiles des accidents d'une extrême gravité (et M. Maygrier vise la perforation utérine) peuvent se produire au cours d'une intervention instrumentale entreprise dans le but d'extraire un placenta abortif : la curette est un instrument aveugle qui ne doit être manié qu'avec la plus extrême prudence ; les pinces sont particulièrement dangereuses, car elles peuvent entraîner l'épiploon et l'intestin, aussi vaut-il mieux ne pas s'en servir ; quant aux dilatateurs métalliques divergents, il semble que leur emploi doive être également abandonné ». Et M. Maygrier conclut que le véritable traitement de la rétention du placenta après l'avortement, comme après l'accouchement, réside dans le curage digital.

Cette manœuvre permet en effet de vider complètement la cavité utérine ; pratiqué avec soin et méthode nous la croyons incapable, à moins d'apporter dans cette manœuvre une véritable brutalité, de déterminer une perforation utérine : nous n'en avons trouvé d'ailleurs aucun exemple.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La perforation utérine est le plus ordinairement unique. Cependant la multiplicité des perforations est assez commune quand l'utérus a été lésé dans des manœuvres abortives, ce qui s'explique par l'insistance qu'a pu y apporter l'auteur. La perforation accidentelle est très rarement multiple, car le plus souvent un médecin attentif s'en aperçoit de suite ou du moins la tient pour probable et aussitôt interrompt ses manœuvres intra-utérines ; cependant il est des opérateurs, comme nous le verrons dans les observations que nous rapportons, qui, bien que pensant avoir perforé l'utérus, continuent un curettage ; c'est en pareil cas qu'ils s'exposent à faire des perforations multiples de l'utérus. D'autres fois, c'est en voulant vérifier la réalité d'une perforation utérine considérée comme probable, que l'utérus est perforé à nouveau : Glaeser au cours d'un cathétérisme utérin voit sa sonde s'enfoncer jusqu'au manche sans aucune résistance ; a-t-il perforé l'utérus ou cathétérisé une trompe ? pour s'en assurer, il recommence le cathétérisme utérin avec douceur et comme l'utérus saigne, il fait l'hystérectomie vaginale et trouve au voisinage de l'orifice tubaire gauche 4 perforations utérines.

La perforation utérine peut siéger partout ; cependant qu'elle soit abortive ou accidentelle elle affecte le plus souvent le fond de l'utérus sur la ligne médiane ou à son voisinage empiétant un peu sur les faces de l'organe ; assez souvent elle se voit au voisinage des cornes utérines sur le fond de l'organe. Un autre siège de prédilection des perforations utérines est la région de l'isthme ; il faut alors incriminer en pareilles circonstances une flexion de l'utérus dont l'opérateur n'a pas tenu compte : la paroi utérine opposée à l'angle de flexion est alors traversée par l'instrument.

Il est exceptionnel enfin que la perforation siège sur le bord de l'utérus au niveau du ligament large, auquel cas l'instrument après

avoir traversé l'utérus, s'insinue ensuite entre les deux feuillets du ligament large, comme dans l'observation que rapporte Pichevin.

La forme de la perforation est fort variable : elle est régulière, se présentant sous la forme d'un orifice arrondi ou elliptique, d'une boutonnière ; d'autres fois elle affecte la forme d'une fente plus ou moins étendue, mais ses bords sont toujours nets et parfois son aspect est en rapport avec l'instrument qui l'a déterminé.

Dans d'autres cas elle est irrégulière, ne rappelle nullement la forme de l'instrument vulnérant, elle est étoilée, ses bords sont déchiquetés, irréguliers, surtout lorsqu'elle succède à des manœuvres abortives, ce qui tient non moins à la variété des instruments employés qu'à la brutalité des manœuvres auxquelles elle est due.

Les dimensions de la perforation sont essentiellement variables : produite par un instrument effilé comme l'hytéromètre, elle est parfois punctiforme ; dans un certain nombre de cas les dimensions de la perforation sont mathématiquement les mêmes que celles de l'instrument vulnérant. Mais très souvent ses dimensions ne sont pas en rapport avec l'instrument qui l'a produite : dans quelques cas l'utérus puerpéral quand il n'est pas trop mou en se contractant, rétrécit la plaie utérine et même l'aveugle : M. Mauclore (1), pratique la laparatomie moins de 12 heures après une perforation utérine par la curette, la surface externe de l'utérus ne semble pas présenter de perforation, mais au voisinage de la corne droite, existe une ecchymose sous-péritonéale de la largeur d'une pièce de 50 centimes ; il enlève l'utérus, l'ouvre, découvre alors au niveau de la corne droite un petit foyer de suppuration caséiforme dans lequel il introduit un stylet très mousse, qui sans aucun effort sort au centre de la suffusion sanguine sous-péritonéale traversant toute la paroi utérine.

Le plus souvent au contraire, l'utérus puerpéral très friable se déchire véritablement sur l'instrument qui le perfore et alors la perforation utérine présente des dimensions bien plus grandes que celles de l'instrument vulnérant : dans l'observation de Haven que nous rapportons plus loin, la perforation utérine est l'œuvre d'une curette, Haven fait la laparatomie et trouve une plaie utérine d'une étendue bien plus considérable, puisqu'elle con-

(1) Annales de gynécologie et d'obstétrique, Février 1903.

siste en une fente qui occupe toute la longueur du corps de l'utérus, commençant au niveau d'une corne utérine pour finir au niveau de l'orifice interne du col.

Mais c'est à la suite de manœuvres abortives que l'on trouve les perforations les plus étendues : Tardieu (1) en a observé qui avaient le diamètre d'une pièce de 5 francs, il en a vu une de 13 centimètres.

Il ne faut pas compter sur la contractilité de l'utérus puerpéral, friable et mou pour aveugler une perforation de quelque étendue et celle-ci reste largement béante, faisant communiquer la cavité utérine avec la cavité péritonéale.

Lorsque la perforation siège sur le fond de l'utérus, elle traverse normalement le parenchyme utérin et les orifices muqueux et péritonéaux sont en regard ; au contraire elle affecte un trajet oblique plus ou moins étendu quand elle siège sur une face de l'organe : dans l'observation de Fieux et Lafond que nous donnons plus loin, l'utérus porte à sa face postérieure, au-dessus des limites supérieures du segment inférieur, une petite fissure allongée verticalement de 6 millimètres ; on ouvre l'utérus par sa face antérieure et on trouve à la hauteur de la limite supérieure du segment inférieur une petite boutonnière de 7 millimètres de long : le trajet de la perforation est obliquement ascendant de l'intérieur vers l'extérieur : l'instrument vulnérant a effectué dans l'épaisseur de la paroi utérine un trajet oblique, long de 48 millimètres.

Les bords de la perforation ont un aspect très variable, ils sont nets ou au contraire déchirés, contus, meurtris ; ils peuvent saigner : Courant pratique la laparatomie au lendemain d'une perforation due à un curettage et trouve dans le cul-de-sac de Douglas une cuillerée de sang noir ; en faisant remuer l'utérus, la plaie utérine saigne à nouveau. Il est fort possible que du sang ainsi épanché dans le cul-de-sac de Douglas ne se résorbe pas et s'infecte tout comme une hématocele rétro-utérine.

Le plus souvent les organes voisins échappent à l'action vulnérante de l'instrument qui a perforé l'utérus : rarement la vessie est intéressée et la chose s'explique puisqu'elle n'entre en rapport direct qu'avec le col utérin ; de même le rectum, qui est séparé de l'utérus par le cul-de-sac de Douglas est rarement lésé. La perfo-

(1) Etude médico-légale sur l'avortement.

ration utérine qui se fait exceptionnellement au niveau du ligament large pourrait être suivie de la blessure d'un des organes qui y sont contenus ou à échéance plus ou moins rapprochée d'un phlegmon du ligament large. Et en effet la perforation utérine s'ouvre presque constamment dans la cavité abdominale : or à part le cas rapporté par Orthmann (1), où, par suite de l'adhérence d'une anse intestinale avec le fond de l'utérus, l'instrument vulnérant perfora successivement la paroi utérine et l'intestin, les anses intestinales fuient devant la plupart des instruments et échappent ainsi d'ordinaire à tout traumatisme.

Lorsque la perforation utérine acquiert des dimensions assez importantes, une portion de l'épiploon ou une anse intestinale peuvent s'y engager spontanément ; toutefois le fait est rare. Cet engagement de l'épiploon ou de l'intestin au travers d'une perforation utérine est bien plus souvent produite par l'écouvillon, comme nous en rapportons une observation due à M. Bar et surtout par les pinces à débris placentaires, comme de nombreux cas en ont été relatés à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Berlin en 1894.

L'épiploon ainsi attiré à travers la perforation utérine est plus ou moins dilacéré ; l'anse intestinale est plus ou moins contuse : elle était déchirée dans le cas rapporté par Olshausen et de plus arrachée de son insertion mésentérique dans le cas d'Orthmann.

Enfin la perforation utérine mettant presque constamment en communication la cavité utérine avec la cavité péritonéale, il en résulte, si la cavité utérine est septique (ou si l'asepsie des manœuvres intra-utérines qui ont déterminé la perforation de l'utérus n'est pas rigoureuse, et c'est ce qui se produit pour les perforations abortives) une péritonite rarement localisée, mais le plus souvent généralisée.

Si la cavité utérine est aseptique et si la perforation a été produite au cours d'une manœuvre intra-utérine aseptique la femme guérit de sa perforation sans présenter aucun accident péritonéal, aucune réaction de son péritoine : du tissu de cicatrice vient combler la perforation ; mais lorsque la perforation utérine atteint certaines dimensions, cette cicatrisation peut ne pas se faire et la cavité utérine reste en communication permanente avec la cavité

(1) Centralblatt für gynäkologie. 1894.

Morlet

péritonéale : on a la fistule métro-péritonéale dont l'existence, pour être exceptionnelle, est réelle et dont Lawson Tait, Dubar, etc. ont publié plusieurs observations.

Avant de terminer ce chapitre d'anatomie pathologique nous voulons revenir sur les perforations spontanées de l'utérus au cours de l'infection puerpérale : il importe en effet grandement au point de vue médico-légal de savoir qu'il existe à côté des perforations traumatiques accidentelles et abortives de l'utérus puerpéral des perforations spontanées par abcès utérins et gangrène utérine à la suite de l'infection puerpérale. A la société obstétricale et gynécologique de Paris en 1895 Schwab apporte l'observation d'une malade morte d'infection 5 jours après un avortement à l'autopsie de laquelle il avait trouvé sur la face postérieure de l'utérus au voisinage de la trompe droite une perforation de la dimension d'une pièce de 2 francs au fond d'une excavation de la muqueuse utérine. M. Budin considéra cette perforation comme spontanée et secondaire à un abcès du parenchyme utérin. Dans la même séance, M. Porack rapporte avoir vu à la suite d'un avortement un utérus présenter plusieurs abcès de la paroi dont l'un s'ouvrait par deux orifices de la grandeur d'une pièce d'un franc du côté de la cavité utérine et du côté de la cavité péritonéale ; M. Doléris cite un cas analogue.

En 1900 Beckmann dans son travail sur la gangrène utérine puerpérale réunit 40 observations parmi lesquelles cinq femmes moururent de perforation utérine spontanée. A la société d'obstétrique de Paris dans la séance du 21 novembre 1901, M. Maygrier s'exprime ainsi : « dans deux expertises récentes je viens d'avoir à examiner avec les docteurs Thoinot et Socquet deux utérus atteints de gangrène à la suite d'avortement de 4 à 5 mois. Dans ces deux cas les femmes ont succombé : l'une 3 jours après sa fausse couche, l'autre un peu plus tardivement, sans que la date exacte de l'avortement ait pu être établie avec certitude. Leur mort ayant paru suspecte, une instruction fut ouverte et l'autopsie, pratiquée par nos confrères, leur démontra qu'elle avait été causée par une péritonite septique consécutive à une perforation gangréneuse de l'utérus. L'un de ces utérus présente une énorme perte de substance au niveau de son fond qui a presque entièrement disparu d'une trompe à l'autre ; les bords sont irréguliers, frangés, putrilagineux ; le reste de l'organe est absolument sain. Dans l'autre

utérus la lésion est presque identique : elle occupe également le fond avec des dimensions moins considérables : en un point la paroi utérine (muqueuse et musculuse) est presque entièrement détruite, réduite à un putrilage collé sur une séreuse amincie, noirâtre, percée de plusieurs petits orifices ; une large perforation met en communication la cavité utérine avec la cavité péritonéale ; même intégrité de tout le reste de l'utérus que dans le cas précédent. Sans entrer dans une discussion approfondie au sujet de l'origine de ces perforations, je ferai simplement remarquer que, bien que le fond de l'utérus soit le siège habituel des lésions provoquées par des manœuvres abortives, il est impossible d'attribuer une solution de continuité aussi étendue que celles-ci à l'action vulnérante d'un instrument quelconque introduit par le col de l'utérus. Tout au plus pourrait-on émettre l'hypothèse peu vraisemblable que d'aussi vastes foyers de métrite gangréneuse aient pu se développer tout autour du point de contact d'un instrument septique avec la paroi utérine plus ou moins entamée. Mais dans la première affaire, l'enquête judiciaire, ainsi que celle à laquelle nous nous sommes livrés, M. Thoinot et moi, a démontré d'une façon péremptoire que tout soupçon de tentative criminelle d'avortement devait être écartée. Dans la seconde, les renseignements qu'a pu recueillir M. Socquet ont été très peu précis et les manœuvres abortives restent douteuses. Il s'agit donc pour l'un des cas au moins d'une infection utérine spontanée à forme gangréneuse après avortement et ce fait rentre dans ceux qui ont été décrits par Beckmann après l'accouchement ».

Nous avons tenu à rapporter à peu près in-extenso cette communication de M. Maygrier pour bien montrer combien le médecin chargé d'une expertise médico-légale doit se montrer circonspect en face d'une perforation utérine avant de décider que cette perforation résulte d'une manœuvre intra-utérine abortive.

CHAPITRE III

SYMPTOMES

On a donné de la perforation utérine un certain nombre de symptômes et de signes que nous allons successivement examiner en discutant leur véritable valeur.

La *douleur immédiate* accusée par la femme lors de la perforation a été observée un certain nombre de fois : la femme qui s'est soumise à des manœuvres abortives, quand elle fait des aveux, raconte le plus souvent avoir éprouvé au cours de ces manœuvres une très vive douleur ; d'autre part, le médecin au cours d'une intervention intra-utérine, entreprise sans anesthésie parce qu'elle était insignifiante comme un cathétérisme utérin, une injection intra-utérine, un écouvillonnage, a été plusieurs fois témoin d'une douleur subite accusée par la femme lors de l'accident : douleur vive, aiguë, syncopale.

Mais cette douleur est souvent beaucoup plus modérée et plus vague ; enfin elle peut manquer totalement et les observations ne sont pas rares où l'absence de douleur a été complète.

Il n'y a d'ailleurs là rien qui doive étonner ; n'est-il pas en effet d'observation courante de rencontrer des femmes qui souffrent très notablement au seul attouchement du col utérin pour tant d'autres auxquelles on peut prendre le col dans une pince sans même qu'elles en aient conscience.

La douleur immédiate dans la perforation utérine constitue donc un symptôme absolument inconstant et dont on ne tiendra qu'un compte tout à fait relatif, car une femme sensible peut au cours d'une manœuvre intra-utérine sans importance accuser des douleurs plus ou moins vives sans que son utérus soit pourtant perforé.

Aussi pour peu que l'intervention intra-utérine soit de quelque importance, comme un curetage, on soumettra la femme, à moins

de contre indication formelle, à l'anesthésie générale : mieux vaut en effet se priver du symptôme douleur qui a peu de valeur que d'opérer sur une femme qui dans un mouvement brusque peut embrocher son utérus sur l'instrument.

L'hémorragie par les voies naturelles a été donnée comme un symptôme révélateur de la perforation utérine au cours d'une manœuvre instrumentale.

Dans les observations que nous rapportons : Jahreiss au cours d'un curettage observe une violente hémorragie qui lui fait penser que la perforation utérine est certaine ; l'hémorragie est très abondante dans le cas observé par Pichevin ; Glaeser, renouvelant le cathétérisme utérin pour s'assurer de la réalité d'une perforation utérine, voit l'utérus saigner et se décide sur ce signe à pratiquer l'hystérectomie vaginale : l'utérus présentait 4 perforations au voisinage de l'orifice utérin de la trompe gauche.

Mais à côté de ces cas, combien d'autres où l'hémorragie n'a pas été observée ! la plaie utérine en effet peut, du fait de la contraction de la paroi, ne donner lieu à aucun suintement sanguin ; d'autre part l'hémorragie résultant de la perforation utérine peut se faire tout entière du côté de la cavité péritonéale et donc passer inaperçue. C'est donc là, un signe bien inconstant.

Il n'est d'ailleurs nullement caractéristique : l'hémorragie ne saurait en effet avoir aucune valeur pour affirmer une perforation utérine lorsqu'on l'observe au cours d'un curettage par exemple, qui détermine toujours une certaine hémorragie, qui aura une certaine abondance, si la curette vient à intéresser un vaisseau un peu important du parenchyme utérin.

Il est un signe d'ailleurs inconstant encore et même rare, signalé dans un certain nombre d'observations, qui a une certaine valeur : c'est une *pâleur subite* de la face avec altération soudaine des traits qui se grippent et revêtent le *facies péritonéal* en même temps qu'il y a *tendance au collapsus*. Ce symptôme peut s'observer aussi bien pendant le sommeil anesthésique qu'à l'état de veille. Dans l'observation que rapporte Jayle, le médecin, après avoir pratiqué un curettage sous chloroforme, fait un lavage intra utérin au sublimé à 1/1.000 : le liquide ne ressort pas, mais l'opérateur n'y prend pas garde ; à ce moment et bien qu'endormie, la femme pâlit brusquement et ses traits s'altèrent tout à coup pour prendre le type du facies péritonéal. La malade d'une des observations de

M. Mauclaire, au cours d'un lavage intra-utérin, tombe subitement en état de syncope ; or la sonde de Doléris a pénétré très profondément et l'eau du lavage (au crésyl) ne revient plus par l'orifice externe du col. Dans le cas de Fieux et Lafond, que l'on trouvera plus loin, au moment de l'injection intra-utérine le visage de la femme devint plus pâle et la malade présenta un peu d'excitation en même temps que le pouls devenait imperceptible, ce qui fit penser à M. Lafond que l'utérus avait été peut-être perforé et lui fit arrêter l'irrigation.

C'est peu de temps après l'injection intra-utérine qui avait été précédée d'un curettage que dans l'observation de Nau (que l'on retrouvera plus loin) on est frappé par l'altération des traits de la femme, son facies grippé et la petitesse de son pouls.

Dans l'une de nos observations personnelles c'est aussitôt que la malade fut reportée dans son lit après une injection intra-utérine qu'elle accusa une vive douleur dans le ventre et de la gêne respiratoire, que son pouls s'accéléra en même temps qu'elle éprouva des nausées et que son facies se grippa.

Remarquons que dans toutes ces observations on a fait une injection intra-utérine et que c'est au moment même de cette injection ou peu de temps après que le symptôme, dont nous parlons, a été noté. nous croyons qu'il est dû non pas à la perforation utérine elle-même, mais à la pénétration du liquide de l'injection dans la cavité péritonéale et nous en trouvons la preuve dans l'observation que nous rapportons de M. Weiss, où ce n'est pas la paroi utérine qui a été perforée, mais le cul-de-sac postérieur du vagin et où lors de l'injection de liqueur de Van Swieten qui a été poussée dans le péritoine la patiente a ressenti une douleur atroce, a jeté un cri et s'est évanouie.

Les symptômes que nous venons de voir (douleur immédiate, hémorragie, tendance au collapsus avec altération des traits) peuvent donc faire totalement défaut ; si on les observe on en tiendra toutefois un certain compte, mais aucun d'eux n'est absolument caractéristique et capable donc d'entraîner la conviction en faveur d'une perforation utérine.

Les signes éprouvés par l'opérateur au cours de sa manœuvre intra-utérine ont une bien plus grosse valeur.

Dans un certain nombre de cas, l'opérateur prétend avoir eu la notion de traverser la paroi utérine parce qu'il a eu la sensation de

vaincre une résistance avec son instrument. C'est ainsi que Cittadini lors de son curettage sent brusquement un manque absolu de résistance sous sa curette qui s'enfonce profondément et va buter contre l'angle sacro-vertébral ; de même Guéniot dans son observation lors de la dilatation utérine avec des bougies de Hégar a la sensation que l'extrémité de sa bougie vient de vaincre une petite résistance.

Ce signe a incontestablement une grosse valeur en faveur d'une perforation utérine ; en tous cas nous le voyons très rarement noté dans les observations que nous relatons et même les opérateurs insistent sur ce fait que l'instrument employé par eux a pénétré profondément sans éprouver aucune résistance c'est ce que notent Jahreiss, Glaeser, etc.

D'autre part, ce signe n'est pas absolument caractéristique, car le cathétérisme d'un utérus fléchi dont l'angle de flexion est brusquement franchi par l'instrument ou d'un utérus bipartus où la cloison fait faire un ressaut brusque à l'instrument qui la rencontre et l'engagement d'un instrument à travers l'orifice utérin d'une trompe donneront la sensation d'une résistance vaincue.

Quel que soit l'instrument introduit dans la cavité utérine, lorsque cet instrument *pénètre à une grande profondeur* l'opérateur est en droit de penser qu'il a bien pu perforer l'utérus.

C'est sur l'observation de ce symptôme que la majorité des opérateurs ont conclu à une perforation utérine : Roberts fait la dilatation du col utérin et constate qu'un n° du dilateur de Duncan pénètre de 3 pouces et quart plus profondément que le précédent ; dans les observations de Jahreiss et de Haven la curette s'enfonce jusqu'au manche ; c'est parce que la sonde de Doléris pénètre sans l'ombre d'une résistance à une grande profondeur que M. Poirier porte le diagnostic de rupture utérine ; de même M. Pichevin pense à une perforation de l'utérus parce que la curette s'enfonce profondément et selon la ligne médiane, alors que l'utérus est en latéro-flexion.

Ce signe a en effet une réelle valeur, surtout lorsque par un toucher combiné au palper l'opérateur connaît préalablement les dimensions approximatives de l'utérus sur lequel il opère et lorsque l'instrument pénètre à une notable profondeur, car l'utérus puerpéral mou et flasque peut fort bien se laisser en quelque sorte étirer sur l'instrument qui y est introduit. Enfin le cathétérisme d'une trompe dilatée peu fort bien donner le change.

Lorsque l'opérateur a eu la sensation de vaincre avec l'extrémité d'un instrument la résistance offerte par la paroi utérine ou qu'il soupçonne avoir perforé l'utérus parce que l'instrument pénètre à une grande profondeur et qu'il ne retire pas immédiatement de l'utérus cet instrument, il a plusieurs fois *perçu son extrémité au voisinage de l'ombilic par le palper abdominal*.

Dans l'observation de Haynes lors du curettage l'aide a senti la curette au voisinage de l'ombilic au travers de la paroi abdominale. Nous-même, dans une de nos observations personnelles, en voulant vérifier la réalité d'une perforation utérine que nous avions pressentie par le toucher intra-utérin, avons perçu très nettement l'extrémité d'une canule intra-utérine au-dessus de l'ombilic à travers la paroi.

A moins que la paroi abdominale ne soit extrêmement et démesurément épaisse, nous pensons que cette recherche de l'extrémité de l'instrument à travers la paroi abdominale est susceptible de fournir d'excellents renseignements lorsqu'on pense que l'utérus est perforé.

En effet, si la main abdominale sent nettement l'extrémité de l'instrument, libre, au contact immédiat de la paroi, il peut en être inféré que la perforation utérine est presque certaine : la perception de l'instrument, malgré la grande minceur possible de la paroi utérine, est considérablement moins nette quand la main qui fait le palper abdominal en est séparée et par la paroi abdominale, et par la paroi utérine ; d'autre part, lorsque l'extrémité de l'instrument n'a pas traversé la paroi utérine la main placée sur le ventre constate que cette extrémité n'est pas libre au contact de la paroi abdominale, c'est-à-dire susceptible d'être sans aucune résistance enfoncée davantage et menée latéralement.

Seul, croyons-nous, le cathétérisme tubaire est susceptible d'en imposer pour une perforation utérine : en pareil cas en effet, l'extrémité de l'instrument qui a franchi le pavillon de la trompe sera sentie par la main avec la même netteté, puisque la paroi abdominale seule les sépare et apparaîtra libre à son contact immédiat, c'est-à-dire pourra être, sans aucune résistance, enfoncée davantage et menée latéralement.

Lorsqu'on vient à pratiquer une injection intra-utérine *le non retour du liquide de l'injection ou la faible quantité de ce liquide de retour* constituent un signe certain de perforation utérine.

Le bock est suffisamment élevé, le tuyau d'écoulement n'est ni aplati, ni coudé ; la sonde n'est pas obstruée par des caillots ; le col utérin ne se contracte pas sur la sonde ; l'entrée du liquide dans l'utérus est certaine puisque le niveau du liquide baisse dans le bock ; or, bien qu'on se serve d'une canule qui en assure le retour, le liquide de l'injection ne ressort de l'utérus qu'en très faible quantité ou point du tout : il passe indubitablement dans la cavité péritonéale à la faveur d'une perforation utérine antérieure à l'introduction de la sonde ou produite lors de son introduction. D'ailleurs la femme accuse, si elle est éveillée, une douleur vive et souvent une sensation de brûlure intérieure à cause de la température habituellement élevée du liquide injecté ; de plus elle présente assez souvent une tendance au collapsus avec altération des traits, comme nous l'avons dit précédemment.

Enfin si le liquide pénètre dans la cavité péritonéale en abondance, comme le fait est relaté dans les observations de Flandrin, le ventre de la femme augmente rapidement de volume et tous les signes physiques d'une ascite libre peuvent être observés.

L'absence du retour de l'injection intra-utérine ou son retour en très minime quantité témoignent donc avec certitude d'une perforation utérine ; mais du fait qu'une injection intra-utérine revient, inversement il ne peut être déduit qu'une perforation utérine n'existe pas : le non retour du liquide injecté n'est donc pas un symptôme constant de perforation utérine et nombreuses sont les observations, comme nous le verrons, où le diagnostic de perforation utérine fut fermement porté pendant la vie ou vérifié à l'autopsie et où cependant le liquide de l'injection est revenu parce que la perforation utérine était très petite, parce que la contraction utérine oblitérait la perforation ou parce que le trajet de la perforation intéressait obliquement la paroi utérine, d'où constitution d'un bec pouvant faire valvule entre la cavité utérine et la cavité péritonéale, comme dans le cas rapporté par M. Potherat.

Il nous reste à étudier un signe qui ne permet pas de conserver le moindre doute sur la réalité d'une perforation utérine, c'est sa *constatation par l'exploration digitale intra-utérine*.

Gadaud se proposant de faire un curettage pour rétention placentaire post abortive, dilate le col avec des bougies de Hégar ; lors du passage de la bougie n° 19 ou 20, il a la sensation que le col éclate, il introduit alors le doigt dans l'utérus et découvre à la

face postérieure du col une fente verticale longue de deux centimètres environ : l'extrémité du doigt pénètre dans l'abdomen.

Vinsonneau dans l'une des observations que nous devons à M. Maucilaire, devant curetter une malade, explore, avant de dilater le col utérin, avec le doigt la cavité utérine et découvre une perforation très nette de la paroi postérieure de l'utérus à l'union du col et de l'isthme, qui fut attribuée à l'évolution d'un abcès utérin ou d'une plaque de gangrène utérine.

De même, à la suite d'un avortement provoqué, le diagnostic de perforation utérine a été plusieurs fois porté grâce à l'exploration digitale intra-utérine :

Kelly est appelé auprès d'une jeune femme qui présente un écoulement fétide par le vagin : il lui enlève du col par petits morceaux un fragment d'éponge qui répand une odeur fétide et trouve à un centimètre et demi environ au-dessus de l'orifice externe à la paroi postérieure de l'utérus une fente de 2 centimètres de long à travers laquelle le doigt passe dans la cavité péritonéale et qui avait été produite par des dilatateurs utérins.

Une femme entre à Lariboisière un matin venant de faire une fausse couche (probablement provoquée) une heure avant, cette femme a un pouls rapide et perd du sang ; M. Bonnaire pratique le toucher, extrait des débris placentaires engagés dans le col et découvre alors par le toucher intra-utérin une perforation qui siège à la face postérieure de l'utérus un peu au-dessus de l'orifice interne.

Nous-même, dans une de nos observations personnelles, nous apprêtant à pratiquer un curage digital chez une femme envoyée à Bichat pour rétention placentaire post-abortive, trouvons la presque totalité du placenta dans le vagin, une toute petite portion seulement restant dans le col ; nous l'extrayons. Voulant alors nous assurer de la vacuité utérine l'extrémité de notre index pénètre dans un orifice qui lui permet d'arriver au contact de la main qui maintient le fond de l'utérus à travers la paroi abdominale : aussi nous pensons que l'utérus est perforé ; mais n'ayant introduit, au travers de l'orifice que nous avions découvert, que l'extrémité de la dernière phalange de l'index, nous pensons que peut-être le revêtement péritonéal de l'utérus a seulement été soulevé et n'est pas perforé, c'est pourquoi nous munissant d'une longue canule intra-utérine, nous l'introduisons dans l'utérus : son bec va buter contre le fond de l'organe qu'un instant nous ne croyons pas perforé,

mais en abaissant la canule sur la fourchette, nous éprouvons un ressaut très net et la canule s'enfonce profondément dans l'abdomen (nous percevons son extrémité un peu au-dessus de l'ombilic par le palper) ne nous laissant plus aucun doute sur la réalité de la perforation.

L'exploration digitale intra-utérine permet donc de découvrir une perforation utérine, mais elle n'est possible que si le col est assez dilaté pour permettre l'introduction de l'index ; d'autre part, il est nécessaire que la perforation soit assez grande pour ne pas passer inaperçue au doigt explorateur et la perforation ne peut être affirmée que si ses dimensions sont suffisantes pour permettre à la dernière phalange toute entière de la franchir, de se fléchir ensuite et de faire librement tout le tour de la perforation, à moins qu'on en vérifie la réalité comme nous l'avons fait.

Les signes physiques que nous venons d'étudier ont une très grosse valeur diagnostique :

Certains d'entre eux, comme la sensation de résistance vaincue, la grande profondeur à laquelle pénètre l'instrument employé, la perception nette de son extrémité libre, au contact immédiat de la paroi abdominale dans le voisinage de l'ombilic par le palper abdominal, permettent de présumer très fort de l'existence d'une perforation utérine, mais ce ne sont *que des signes de grande probabilité*.

D'autres, comme l'absence du retour du liquide d'une injection intra-utérine ou son retour en très minime quantité et la constatation d'une perforation par l'exploration digitale intra-utérine ne permettent pas de conserver le moindre doute sur la réalité d'une perforation de l'utérus : ce sont des *signes de certitude*, mais qu'il est inconstant d'observer.

CHAPITRE IV

ÉVOLUTION ET COMPLICATIONS

La perforation utérine le plus souvent met en communication la cavité péritonéale avec la cavité utérine.

Si la cavité utérine est aseptique, si les manœuvres intra-utérines ont été rigoureusement aseptiques, si la perforation est petite, cette perforation se cicatrise et la femme guérit le plus souvent sans présenter la moindre réaction péritonéale.

Plus rarement, et en particulier, quand la perforation atteint de fortes dimensions, la guérison n'est pas absolument complète, la femme survit, mais la plaie utérine ne se cicatrise pas ou ne se cicatrise qu'incomplètement et la perforation subsiste sous forme de fistule métro-péritonéale dont l'existence, exceptionnelle mais réelle, est prouvée par les observations de Lawson Tait et de Dubar.

Mais lorsque la perforation intéresse un utérus puerpéral infecté ou lorsque la perforation résulte de manœuvres abortives presque toujours pratiquées sans aucune précaution de propreté, la péritonite (et presque toujours la péritonite aiguë, généralisée, septique) est la conséquence pour ainsi dire obligée et fatale de l'accident et c'est en quelques jours, même en quelques heures, que la femme succombe.

Enfin souvent lors d'injection intra-utérine la perforation se complique de la pénétration dans le péritoine de liquide qui y dissémine l'infection lorsqu'il s'agit d'un utérus puerpéral septique ; en outre lorsque ce liquide est toxique, comme le sublimé, des accidents d'intoxication s'en suivent.

N'oublions pas non plus que l'usage de pinces à débris placentaires a, un grand nombre de fois, attiré au travers d'une perforation utérine une portion d'épiploon ou une anse intestinale assez souvent déchirée.

PRONOSTIC

La perforation de l'utérus puerpéral constitue donc un accident toujours sérieux et souvent grave : sa gravité est évidente lorsqu'elle se complique de la procidence d'une anse intestinale, lorsqu'il y a eu pénétration dans le péritoine du liquide de l'injection intra-utérine, lorsqu'un instrument quelconque vient à perforer un utérus puerpéral infecté et inocule ainsi le péritoine, ou lorsque la perforation résulte de manœuvres abortives presque toujours malpropres. Même lorsqu'on a lieu de tenir la cavité utérine pour propre, comme dans la rétention placentaire non compliquée d'infection, nous considérons l'accident comme sérieux, car si le péritoine est rarement inoculé par l'instrument qui perfore l'utérus quand l'asepsie a été rigoureuse (ce dont, il est vrai, on n'est jamais complètement certain) il peut fort bien s'infecter secondairement grâce aux grandes dimensions de la perforation qui peut rester béante et met en communication cette séreuse avec les voies génitales dont on ne peut affirmer l'asepsie absolue ; il est en effet de notion vulgaire qu'il est impossible d'obtenir la désinfection rigoureuse du vagin.

D'autre part les lèvres de la perforation utérine peuvent saigner et du sang s'épancher dans le cul-de-sac de Douglas où il est susceptible de s'infecter, comme une hématocele rétro-utérine.

De plus, l'instrument qui a traversé la paroi utérine peut fort bien avoir lésé l'intestin.

Enfin, avant de terminer ce chapitre, nous croyons pouvoir avancer que l'avenir d'une perforation utérine est grandement assombri parce que l'on n'intervient qu'à une heure tardive et cela ou parce que l'opérateur ne s'est pas aperçu de l'accident au cours de ses manœuvres intra-utérines ou parce qu'il se contente en face de cet accident, évident ou seulement probable, de faire un tamponnement intra-utérin, qu'il temporise et qu'il ne prend une détermination que lorsque des accidents péritonéaux se manifestent. Et la perforation abortive a un pronostic si sombre, parce que le plus souvent ce n'est que lorsque son état est désespéré que la femme se décide à venir consulter un médecin et à lui faire des aveux, quand elle s'y détermine.

DIAGNOSTIC

Il importe donc au plus haut point de faire le diagnostic de perforation de l'utérus puerpéral.

Dans un certain nombre de cas ce diagnostic est de toute évidence : en dehors de la procidence de l'épiploon ou d'une anse intestinale, c'est le non retour du liquide d'une injection intra-utérine ou son retour en infime quantité ; c'est encore la constatation de la perforation par l'exploration digitale intra-utérine.

Les autres signes de la perforation ne sont en effet que des signes de probabilité.

L'instrument qui est introduit dans l'utérus post partum et post abortum est susceptible de faire remonter le fond de l'organe notablement dans la cavité abdominale ; l'opérateur constatant que son instrument s'enfonce profondément peut, bien qu'il n'ait pas éprouvé la sensation de résistance vaincue, penser avoir perforé l'utérus.

De même dans un utérus bipartus (d'ailleurs exceptionnellement rare) avec une corne utérine plus développée, l'instrument qui cathétérise la cavité utérine, lorsqu'il franchit la cloison qui divise l'utérus, procure à la main qui le dirige la sensation d'une résistance vaincue, d'un ressaut, et pénètre à une certaine profondeur, si bien que l'opérateur peut croire encore avoir perforé l'utérus.

Dans les deux cas l'erreur ne sera pas de longue durée l'opérateur n'aura pour se convaincre qu'il n'y a pas perforation utérine qu'à laisser son instrument en place et à chercher son extrémité par le palper abdominal : il aura alors la sensation que l'extrémité de l'instrument n'est pas au contact immédiat de la paroi, qu'elle n'est pas libre dans la cavité péritonéale, c'est-à-dire susceptible d'être sans aucune résistance enfoncée plus profondément et menée latéralement.

Bien plus difficile est le diagnostic de la perforation utérine d'avec le cathétérisme tubaire, qui, bien qu'extrêmement rare, est possible : en effet lorsqu'un instrument, après avoir traversé la cavité utérine, s'engage dans une trompe dilatée, il peut donner au moment où il franchit l'ostium uterinum la sensation de résistance vaincue, un ressaut et il pénètre à une grande profondeur.

La vérification par le palper abdominal donne dans la perforation utérine et dans le cathétérisme de la trompe les mêmes signes ; l'extrémité de l'instrument n'est séparée de la main que par la paroi abdominale, elle est libre dans la cavité péritonéale et peut, sans la moindre résistance, être enfoncée davantage et menée latéralement.

On a bien prétendu que lors de perforation utérine l'extrémité de l'instrument était perçue par la main faisant l'exploration abdominale sur la ligne médiane, mais l'utérus peut avoir une situation anormale, être rejeté de côté ; il en résulte qu'une trompe utérine peut occuper la ligne médiane : dans ces conditions l'extrémité de l'instrument qui l'aura cathétérisée sera perçue au palper abdominal sur la ligne médiane.

Lors de cathétérisme tubaire, l'extrémité de l'instrument serait, a-t-on dit, perçue au contraire par la main abdominale sur le côté ; ce signe n'a pas plus de valeur, car si la perforation utérine siège au voisinage d'un des angles de l'utérus, où sont précisément les orifices tubaires, l'extrémité de l'instrument qui a traversé la paroi utérine sera perçue latéralement.

Aussi hors le cas où l'instrument employé a des dimensions trop considérables pour qu'il soit admissible qu'il ait pu cathétériser une trompe même dilatée, le diagnostic nous semble impossible entre la perforation utérine et le cathétérisme tubaire.

De même nous considérons comme impossible à l'opérateur de faire le diagnostic entre la perforation utérine et le cathétérisme d'une fistule métro-péritonéale secondaire à une perforation utérine ancienne, dont l'existence est exceptionnelle et partant sans intérêt.

En tous cas, attendre pour acquérir la certitude de la perforation d'un utérus puerpéral que des complications se produisent, que des symptômes de péritonite apparaissent, nous semble être une conduite des plus dangereuses ; nous n'admettons pas que le médecin se repose sur le diagnostic de cathétérisme d'une trompe ou d'une fistule métro-péritonéale, nous voulons que toutes les fois qu'il considère la perforation d'un utérus puerpéral comme probable et même douteuse, il aille vérifier sa réalité de visu par laparotomie.

Il nous reste à parler du diagnostic de perforation à la suite de tentatives d'avortement ; nous avons dit toute la gravité du pronostic de la perforation abortive, nous avons insisté sur ce fait

que le plus souvent les manœuvres abortives n'étaient pas avouées par la femme ou ne l'étaient que lorsqu'elle se sent irrémédiablement perdue ; aussi pour, autant que possible, ne pas laisser une perforation abortive méconnue, nous voulons qu'après tout avortement, qui ne semble pas s'être fait spontanément et auquel le médecin n'a par conséquent pas assisté, celui-ci fasse l'exploration digitale de la cavité utérine qui permettra, parfois, sinon toujours, de découvrir une perforation de l'utérus et de faire à temps le nécessaire.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

En abordant ce chapitre, qu'il nous soit d'abord permis de rapporter l'observation suivante de la thèse de Rebreyend :

Observation CXXIX de la thèse de Rebreyend (résumée).
Victorine C., 31 ans, fait une fausse couche provoquée le 20 novembre 1896, à la suite de laquelle elle perd du sang d'une horrible fétidité, ce qui la détermine à entrer le 2 décembre à l'hôpital Broca dans le service de M. Pozzi.

Le 7 décembre au soir, elle est prise d'une hémorragie formidable ; elle a 40° de T° : séance tenante un curettage lui est fait.

Le 9 décembre la T° étant remontée à 40°, cette malade subit un deuxième curettage qui ramène quelques débris ; au cours de cette intervention, l'opérateur sent sa curette s'enfoncer *très profondément* et craignant d'avoir perforé l'utérus ne continue pas le curettage, mais prescrit de la glace sur le ventre, de l'opium et des injections sous-cutanées de sérum.

Le lendemain matin l'état de la malade est assez satisfaisant : 38°, ventre souple, à peine douloureux au niveau des cornes de l'utérus ; mais dans l'après-midi le ventre devient très sensible et se ballonne en même temps que surviennent des nausées et des vomissements. A 5 heures, frisson violent, pouls à 140 ; T° 40°, 6.

A 11 heures, coma presque complet : pouls imperceptible. 41°, extrémités froides, hoquets, vomissements, incontinence stercorale, anurie.

M. Beaussenat après injection intra-veineuse de 1800 gr. de sérum pratique avec l'autorisation de M. Pozzi à minuit l'hystérectomie vaginale qui fut rapide, quoique laborieuse.

La malade sort de l'hôpital guérie quarante jours après.

Examen de l'utérus : l'utérus est infiltré de pus et transformé en une véritable éponge purulente, mais ne présente *pas trace de perforation*.

De cette observation on peut tirer une double conclusion : d'une part, l'hystérectomie vaginale expose à enlever un utérus non perforé ; d'autre part (et nous tenons à le dire tout de suite pour ne plus avoir à y revenir), on pourra nier l'existence d'une perforation utérine, toutes les fois que les signes n'en sont pas de toute évidence et que la femme guérit sans intervention (hystérectomie vaginale ou laparotomie) et donc la perforation utérine n'étant pas directement constatée.

Abordons maintenant le traitement des perforations de l'utérus puerpéral. Le mieux est, croyons-nous, d'envisager la conduite suivie par les différents opérateurs en face de cet accident pour l'apprécier ; nous allons donc analyser un certain nombre d'observations de perforation d'utérus puerpéraux.

Nous estimons devoir les répartir en deux grandes catégories, tant les conditions sont absolument différentes.

Dans la 1^{re} catégorie nous ne nous occuperons que des observations qui ont trait à la perforation de l'utérus puerpéral non infecté, à contenu non septique.

Dans la 2^o catégorie nous nous occuperons des observations de perforation d'utérus puerpéraux infectés, encore verrons-nous qu'il convient de distinguer.

LA PREMIÈRE CATÉGORIE RENFERME PRINCIPALEMENT LES OBSERVATIONS DE PERFORATIONS UTÉRINES PRODUITES AU COURS DE CURETTAGES ENTREPRIS POUR DES RÉTENTIONS PLACENTAIRES NON INFECTÉES AVEC HÉMORRHAGIES.

OBS. I. — (Jayle) (1). — *Curettage pour métrorrhagie consécutive à un accouchement survenu il y a 2 mois.* — Mme F., 19 ans, opérée le 6 décembre 1900. La curette de Sims ramène beaucoup de débris. Suintement sanguin assez notable. A un moment la curette perce l'utérus dans le fond à la partie antérieure. On retire aussitôt l'instrument et on répète la même manœuvre pour savoir si oui ou non, l'utérus est bien perforé ; la curette pénètre à nouveau ; l'hystéromètre de même. La perforation n'est pas douteuse.

Pas de lavages, ni de cautérisation.

Un drain est mis dans l'utérus, 2 mèches vaginales. Le drain est retiré le 3^e jour. Suites simples.

(1) Thèse de Rebreyend. Paris, 1900.

OBS. II. — (Jahreiss (1). — *Curettage pour abondantes hémorragies après avortement remontant à plusieurs mois.* — L'utérus est de dimensions normales ; il n'est pas anormalement friable. L'hystéromètre s'enfonce brusquement à une grande profondeur sans résistance appréciable. Il est retiré, puis réintroduit avec précaution : même résultat.

L'auteur pense avoir cathétérisé une trompe, parce que l'instrument n'a pas pénétré suivant une direction rectiligne, mais se dirige un peu à droite.

Le curettage est terminé et l'injection intra-utérine pratiquée comme à l'ordinaire.

Convalescence normale.

Remarque : Jahreiss a peut-être effectivement cathétérisé une trompe mais peut-être aussi son hystéromètre a-t-il perforé l'utérus au voisinage d'une corne, par exemple, d'où la direction oblique prise par cet instrument ; dans cette dernière hypothèse, nous pensons qu'il risquait par un curettage de traverser à nouveau la perforation et pour le moins de l'agrandir et par une injection intra-utérine d'introduire du liquide dans la cavité péritonéale.

OBS. III. — (Jahreiss) (2). — *Curettage pour métrorrhagie après un avortement.* — L'utérus est de consistance et de volume normaux. De gros débris placentaires sont extraits ; tout à coup, sans résistance, la curette pénètre jusqu'au manche. Violente hémorragie qui fait penser à l'opérateur que la perforation utérine est certaine.

Tamponnement. Glace sur le ventre. Repos.

Le lendemain, ablation du tamponnement.

Guérison. Aucun autre accident que quelques douleurs dans le ventre.

OBS. IV. — Observation due à l'obligeance de M. Bonnaire. — J. V..., 26 ans, entre à la Maternité de Lariboisière le 9 octobre 1904 à 8 heures du matin, pour un avortement de 3 mois environ dont l'origine reste suspecte et fait en ville à 7 heures du matin, ce même jour 9 octobre.

Cette femme entre à l'hôpital pour hémorragie ; la température est normale, le pouls est un peu rapide.

Elle est examinée par M. Bonnaire qui trouve des débris placentaires et de caduque engagés dans le col ; il les extrait et découvre alors au toucher intra-utérin une perforation siégeant à la face postérieure de l'utérus, au-dessus de l'orifice interne du col.

Tamponnement intra-utérin à la gaze iodoformée. Pas d'hémorragie. La malade, qui a les extrémités froides, est réchauffée. 0,20 centigr. de caféine sous la peau. 1.000 gr. de sérum en injection sous-cutanée. Glace sur le ventre.

M. Bonnaire se réserve d'intervenir au moindre incident.

(1) Centralblatt für gynäkologie, 1898.

(2) Jahreiss. Centralblatt. für gynäkologie, 1893.

A 3 heures du soir : pouls à 80. Température : 37°4, l'état général est meilleur. Soif ardente. Un peu de thé au rhum. Une pilule d'opium de 0,01 centigr. toutes les heures.

La courbe de température s'est toujours maintenue aux environs de 37° et la femme sort de Lariboisière au 10^e jour.

Obs. V. — (Roberts (1)). — Femme de 34 ans ; a fait, il y a 3 semaines, une fausse couche de 3 mois ; signes de rétention placentaire. Curage à la main aussi complet que possible, puis curettage instrumental pour une masse plus haut située et inaccessible au doigt.

Dilatation avec les dilateurs métalliques de Duncan ; le 3^e (n° 13) s'enfonce à 3 pouces 1/4 (plus loin que le précédent) ; l'auteur en conclut qu'il a perforé le fond de l'utérus. Il termine le curettage ; fait une injection intra-utérine au sublimé à 1:2000, puis un tamponnement à la gaze. Au réveil, ni douleurs, ni hémorragie, ni fièvre. 36 heures après : pansement. Le 8^e jour, injection intra-utérine de teinture d'iode. Guérison complète 3 semaines après. La femme a eu une nouvelle grossesse.

Obs. VI. — (Cittadini (2)). — Mme D..., 42 ans, a fait une fausse couche de 2 mois et demi qui remonte à 3 mois, pendant lesquels des métrorrhagies persistent. On se décide au curettage.

Le col est béant, l'utérus est mollassé, non douloureux, volumineux ; les annexes sont saines.

Le curettage est laborieux : le placenta bien vivant, très résistant et comme fibreux adhère à la paroi postérieure très ramollie. Il ne peut être détaché à la curette mousse qu'au prix de grands efforts.

A un moment donné, on sent brusquement un manque absolu de résistance ; la curette venait de perforer la paroi, au niveau de la face postérieure ; l'opérateur l'enfonce prudemment pour mieux se rendre compte, elle bute contre l'angle sacro-vertébral.

On achève du mieux qu'on peut la dénudation de la cavité utérine, en respectant le point lésé.

On fait le lavage consécutif sans s'inquiéter de la perforation, le retour du liquide étant largement ménagé par la sonde et estimant qu'une des principales préoccupations après cet accident devait être d'assurer la parfaite asepsie de l'utérus.

C'est dans ce but autant que pour assurer l'occlusion de la brèche en stimulant la musculature utérine qu'on tamponna hermétiquement l'utérus à la gaze iodoformée.

La malade guérit sans réaction. Le cathétérisme pratiqué 4 semaines après l'intervention, ne permit pas de retrouver trace de perforation.

Obs. VII. — Observation due à l'obligeance de M. Bar. — S..., 49 ans, accouchée en ville, il y a 1 mois, est admise à la maternité de St-

(1) *Lancet*, 19 décembre 1896.

(2) Société belge de gynécologie et d'obstétrique, 1892.

Antoine pour métrorrhagie : le 11 mai 1901 un externe du service est chargé de lui faire un curettage.

Dilatation du col avec des bougies du Hégar ; curettage, puis écouvillonnage. L'écouvillon ramène au dehors de la vulve un lambeau d'épiploon. M. Bar, aussitôt prévenu, fait immédiatement sous chloroforme la laparatomie en laissant cette femme à plat.

Une portion du grand épiploon s'engage dans une perforation de l'utérus située au niveau de la corne utérine droite. Résection de l'épiploon après ligature au catgut au-dessus de l'utérus. Extraction de la portion détachée de l'épiploon, sur lequel une ligature avait été placée au niveau de la vulve.

Suture de la perforation utérine par 4 points séparés.

Fermeture de la paroi abdominale à 3 plans : surjet péritonéal au catgut, les droits sont suturés à la soie, suture de la peau aux crins de Florence ; puis pansement aseptique.

Les fils sont retirés le 27 et le 29 mai ; la plaie est parfaite. La T. s'est maintenue au voisinage de 37°, sauf le 23 et le 24 mai où elle a atteint 38°.

La malade ne perd plus de sang

Un an plus tard, le 9 mai 1902 cette femme accouchait à nouveau. Après la délivrance, à l'exploration intra-utérine on ne trouve aucune trace de la perforation.

OBS. X. — (Haven (1)). — *Rétention placentaire après avortement à 6 mois. Eclampsie.* — Dix jours après l'avortement, curettage qui ramène des débris du délivre ; néanmoins un mois après, les hémorragies reparaissent et conduisent à pratiquer un 2° curettage. Le col étant dilaté, la curette entre sans aucune difficulté ; du côté de la corne droite, sans aucune violence, elle s'enfonce jusqu'au manche. Le lendemain de l'accident, la malade est transportée à Boston : laparotomie (pratiquée 24 heures après l'accident) : on trouve la perforation utérine à la face antérieure de l'utérus et s'étendant au voisinage du ligament large, de la corne utérine au col (orifice interne) ; aux extrémités de cette fente sont de petits noyaux sphacéliques.

Résection des lèvres de la plaie utérine, qui est réunie par 4 points profonds et 3 superficiels, tous à la soie.

Lavage du péritoine à l'eau bouillie à 45°.

Les premiers jours le pouls reste rapide et la T. élevée ; mais au bout de 20 jours l'un et l'autre sont redevenus normaux. Suites simples.

OBS. XI. — (Pichevin) (2). — Femme de 25 à 30 ans, multipare, a accouché il y a 8 à 10 jours ; elle perd du sang en quantité assez abondante ; hémorragies dues à une rétention placentaire. Il existait une légère élévation de température. L'utérus dont le col n'est pas entr'ouvert est resté assez volumineux.

(1) Boston médical Journal, 1892.

(2) Pichevin. Semaine gynécologique, 7 avril 1902.

Le curettage est décidé et confié à un interne. M. Pichevin assistait à l'opération. La dilatation avec les bougies de Hégar est pénible ; une assez grosse curette de Simon est introduite. Dès les premières manœuvres apparaît une hémorragie d'abord modérée ; très rapidement la perte de sang devint extrêmement considérable.

M. Pichevin donne le conseil d'aller vite et d'enlever aussi rapidement que possible tous les débris placentaires ; les manœuvres furent exécutées précipitamment un peu en dehors des règles habituelles, sous l'impression de l'anxiété que causait cette hémorragie redoutable.

L'opérateur demande à M. Pichevin de prendre sa place.

En introduisant la curette M. Pichevin s'aperçoit de suite que la voie n'est pas complètement libre ; la curette passe avec peine et il dut chercher pour trouver l'orifice qui permettait à l'instrument de pénétrer plus haut. Lorsque la curette fut entrée à 40 ou 44 centimètres, M. Pichevin eut la sensation qu'il n'était pas dans l'utérus. L'instrument fut retiré. Le toucher bimanuel est pratiqué : le col de l'utérus était fortement porté à gauche. Il y a une latéro-déviation très nette et l'angle formé par le corps et le col est très manifeste.

Aussi la curette dut être introduite obliquement ; après quelques tâtonnements la curette pénètre dans la cavité corporale ; dès lors il est conclu qu'il y a une perforation utérine sur la partie latérale droite de l'utérus en un point correspondant à l'angle de flexion. Le curettage mené avec rapidité jugula l'hémorragie. La perte de sang arrêtée, Pichevin se met en demeure d'examiner attentivement l'état de l'utérus et de se rendre compte définitivement des particularités de la perforation.

Avec un hystéromètre et une bougie de Hégar il est facile de constater l'existence d'une perforation : environ à 5 ou 6 centimètres de l'orifice externe il y a une perforation certainement plus grande qu'une pièce de cinquante centimes.

La malade qui avait perdu une quantité de sang importante était pâle ; l'opérateur qui avait manié le premier la curette ne s'était pas aperçu de la déviation utérine : l'instrument avait été dirigé de bas en haut et de haut en bas suivant la ligne médiane ; à aucun moment il n'avait eu la sensation qu'il fallait imprimer à la curette une direction oblique pour la faire pénétrer dans la cavité utérine.

Dès lors les coups de curette avaient dû porter dans la cavité abdominale ; l'intestin n'avait-il point été atteint ?

Aussi M. Pichevin se décide à pratiquer séance tenante la laparotomie. Il n'y avait pas de solution de continuité du péritoine, car l'hystéromètre réintroduit de bas en haut, du col vers la profondeur, faisait saillie à la partie supérieure du ligament large droit près de la trompe ; en aucun point l'instrument n'avait pénétré dans la cavité abdominale, la perforation était au-dessous du péritoine ; l'instrument avait pénétré entre les feuillets du ligament large droit.

La malade supporta très bien l'intervention et guérit au bout de quelques jours. Pansement intra-utérin à la gaze iodoformée.

La perforation se répara spontanément et au bout d'un mois on ne trouva plus trace de la solution de continuité.

En face d'une perforation utérine évidente ou simplement probable, nous estimons que l'on doit s'abstenir absolument de pratiquer une injection intra-utérine, qui risque fort de passer dans la cavité péritonéale. Aussi approuvons-nous les opérateurs qui se sont gardés de faire une injection intra-utérine, et ils sont la majorité dans les observations que nous venons de relater. Nous reprochons à Jahreiss d'avoir lavé l'utérus de sa malade comme à l'ordinaire, pensant qu'il n'avait pas perforé l'utérus, mais seulement cathétérisé une trompe, ce qui ne nous semble pas absolument démontré. Nous estimons que M. Potherat, après avoir constaté une perforation d'un utérus, il est vrai non puerpéral (1), mais pensant que cette perforation devait avoir un trajet oblique et par conséquent ne laisserait pas passer le liquide d'une injection, a été imprudent de pratiquer un lavage intra-utérin. On ne peut pas davantage prétendre qu'une injection ne passera pas de l'utérus dans le péritoine sous prétexte que la perforation est de petite dimension, car si elle peut être petite et absolument en rapport avec le volume de l'instrument qui a perforé l'utérus, elle peut être bien plus grande : nous la voyons en effet dans l'observation de Haven, où elle est due à une curette, être bien plus considérable puisqu'elle s'étend d'une corne utérine jusqu'au niveau de l'orifice interne du col, c'est-à-dire en somme à la longueur de tout le corps de l'utérus.

On ne peut non plus soutenir que la contractilité utérine dans un utérus puerpéral amènera une occlusion des bords de la perforation suffisante pour s'opposer au passage du liquide injecté dans sa cavité.

Aussi désapprouvons-nous absolument la conduite de Roberts qui, après avoir perforé l'utérus avec un dilateur métallique de Duncan, ne craint pas de faire une injection intra-utérine de sublimé et celle de Cittadini qui pratique une injection utérine sans s'inquiéter de la perforation, parce qu'il estime que le retour du liquide est largement ménagé par la sonde et qu'il doit avant tout assurer la parfaite asepsie de l'utérus.

Cittadini dans la même observation avait au préalable, comme

(1) Thèse de *Rebreyend*, Paris 1900.

Roberts, après avoir fait une perforation utérine avec sa curette, continué son curettage, achevant du mieux qu'il pouvait, dit-il, la dénudation de la cavité utérine en respectant le point lésé : il s'exposait donc fatalement à faire un curettage incomplet.

Hickmann (1) déclare qu'une perforation utérine au cours d'un curettage ne lui fera pas faire un curettage moins complet que si elle n'existait pas.

Nous croyons devoir nous élever contre cette opinion, parce que la curette, pour le moins, risque de pénétrer dans la perforation et de l'agrandir, et donc, de compliquer encore les choses et même de blesser l'intestin.

Nous pensons que mieux vaut interrompre le curettage comme l'ont fait Jayle et Jahreiss dans la 2^e observation que nous rapportons de cet auteur. Nous trouvons même qu'il n'est pas prudent de vérifier une perforation utérine probable comme l'a fait Jayle à deux reprises, quand cette vérification ne doit pas être suivie d'intervention immédiate.

Eten effet Glaeser (2) rapporte l'observation d'une femme qui trois mois après un accouchement le consulte pour des métrorrhagies ; cathétérisant son utérus avec une sonde délicatement tenue entre le pouce et l'index, il l'enfonce sans percevoir aucune résistance jusqu'au manche ; alors, voulant savoir si l'utérus a été perforé ou si ce n'est pas la trompe qui a été cathétérisée, il recommence la même manœuvre et comme l'utérus saigné il pratique l'hystérectomie vaginale : l'utérus enlevé porte 4 perforations au voisinage de l'orifice de la trompe gauche.

De même nous condamnons absolument la conduite de Rabe Ruckardt et Lehmus (3) qui, après avoir perforé l'utérus, le cathétérisent à quelques jours de distance pour constater à nouveau la perforation utérine, poussant une fois l'imprudencé jusqu'à renvoyer la femme chez elle avec la recommandation expresse de revenir les trouver, si le moindre accident se manifeste.

Nous proscrivons absolument l'écouvillonnage d'un utérus que l'on présume perforé : nous voyons en effet, dans l'observation que nous devons à l'obligeance de M. Bar, l'écouvillon amener l'épiploon jusqu'au dehors de la vulve : la perforation utérine dans

(1) Méd. News. 2 mars 1895.

(2) Centralblatt sur Gynécologie 1898.

(3) 3 observations de ces auteurs dans la thèse de Rebreyend, 1900.

cette observation est-elle attribuable à l'écouvillon ou plutôt l'écouvillon n'a-t-il pas traversé à nouveau la perforation faite antérieurement par une bougie de Hégar ou par la curette, et restée méconnue de l'opérateur ?

Pour nous résumer, nous dirons donc que, lorsqu'on croit avoir perforé un utérus puerpéral, même aseptique, on doit s'abstenir de pratiquer une injection intra-utérine, on doit renoncer à un curetage commencé, on ne doit pas y porter l'écouvillon, on ne doit y introduire aucun instrument, même mousse, pour vérifier la réalité d'une perforation.

Dans les observations que nous venons de rapporter : à l'exception de M. Bar, qui est intervenu à cause de la procidence de l'épiploon et a guéri sa malade par une suture utérine après résection d'une portion d'épiploon, nous voyons que les opérateurs se sont abstenus d'intervenir : Jayle a guéri sa malade en mettant un drain dans l'utérus et des mèches dans le vagin ; Jahreiss fait un tamponnement utérin, prescrit de la glace sur le ventre et sa malade guérit ; M. Bonnaire tamponne également l'utérus, prescrit de la glace sur le ventre et l'opium, se réservant d'intervenir au moindre incident : la femme quitte la maternité de Lariboisière au 10^e jour en parfaite santé ; Roberts et Cittadini font de même un tamponnement intra-utérin et guérissent leur malade.

Tous ces opérateurs, à supposer qu'ils aient réellement eu affaire à une perforation utérine, car nous ne revenons pas sur l'objection que l'on peut toujours faire quand une perforation utérine, non absolument évidente cliniquement, guérit sans intervention (à savoir : la nier) enregistrent donc des succès à l'actif de l'abstention ou plus exactement du tamponnement intra-utérin aseptique ou antiseptique, car les suites de la perforation utérine ont été absolument simples, puisque tous se réservaient d'intervenir au plus petit incident et qu'ils n'ont pas eu à le faire.

Mais Haven dans l'observation que nous rapportons est intervenu par laparotomie 24 heures après la perforation d'un utérus au cours d'un curetage entrepris pour des hémorragies consécutives à un avortement avec rétention placentaire ; il n'est pas relaté dans l'observation les raisons qui ont motivé l'intervention, il est toutefois très vraisemblable de penser, puisque Haven a fait un lavage de la cavité péritonéale, que ce sont des symptômes de péritonite qui l'on déterminé à pratiquer la laparotomie, ce qui semble d'ail-

leurs être corroboré par la température qui est restée élevée et le pouls rapide durant les premiers jours qui ont suivi l'opération.

Haven a guéri sa malade ; aurait-il eu à enregistrer un succès si l'intervention avait été pratiquée plus de 24 heures après l'accident ?

Nous croyons donc que l'abstention peut être jusqu'à un certain point défendue lorsque l'utérus puerpéral perforé est aseptique, à condition de surveiller attentivement la malade et à ce sujet nous trouvons qu'il y a inconvénient à prescrire l'opium, car il diminue pour le moins l'élément douleur, qui est un symptôme de grosse valeur quand il s'agit d'apprécier et de guetter les réactions péritonéales.

Le mieux cependant à notre avis est l'intervention dans le délai le plus court, mais non pas l'hystérectomie vaginale qui expose à enlever un utérus non perforé et un utérus qui, perforé, peut et doit être conservé, comme les observations de M. Bar et de Haven le démontrent. Nous sommes d'avis que l'on intervienne par la laparotomie. Pratiquée avec toutes les précautions d'asepsie, elle ne présente, on peut dire, aucun danger et nous la conseillons à plusieurs titres : nous ignorons absolument les dimensions de la perforation utérine, l'utérus puerpéral cède en effet sur l'instrument qui le perfore et la perforation peut être considérablement plus grande, comme le démontre l'observation de Haven ; or nous ne savons pas si les lèvres de cette perforation ne saignent pas du côté de la cavité péritonéale ; Courant (1) fait la laparotomie au lendemain d'une perforation produite par un curettage et trouve une cuillerée de sang noir dans le cul-de-sac de Douglas ; en faisant remuer l'utérus, la plaie utérine saigne à nouveau.

Nous ne savons si cette hémorragie peut être assez abondante pour mettre en danger les jours de la femme, mais il est au moins permis de penser que du sang ainsi épanché dans le cul-de-sac de Douglas est susceptible de s'infecter, comme une hématocele rétro-utérine. D'autre part est-on jamais certain que l'instrument qui a perforé l'utérus n'a pas lésé un organe de la cavité abdominale, que l'intestin n'a pas été intéressé : n'est-ce pas cette considération qui détermine M. Pichevin à intervenir dans l'observation que nous rapportons et nous approuvons sans réserve sa conduite.

(1) Thèse de *Rebreyend*, Paris 1900.

La laparotomie sous-ombilicale sera donc faite, elle permettra de constater que parfois l'utérus n'a pas été perforé, qu'on a probablement cathétérisé une trompe ou que la perforation utérine ne communique pas avec la cavité péritonéale comme dans l'observation de M. Pichevin où l'instrument qui avait perforé l'utérus s'était engagé ensuite entre les feuillets du ligament large.

Ayant sous les yeux la perforation utérine, on pourra en apprécier les dimensions : si elle est petite et qu'elle ne saigne point, on peut suivre l'exemple de Jayle (1), qui constatant après laparotomie une perforation siégeant à la face postérieure de l'utérus (il est vrai non puerpéral), plaça une mèche dans le cul-de-sac de Douglas, l'étala sur la face postérieure de l'utérus et la fit ressortir par l'incision abdominale ; mais nous pensons qu'il vaut mieux suturer la perforation, supprimant ainsi toute communication entre la cavité utérine et la cavité péritonéale.

Si la plaie utérine saigne, la suture s'impose ; de même dès que la perforation atteint une certaine dimension, car, pour être exceptionnelle, la non cicatrisation d'une perforation utérine, subsistant sous forme de fistule métrô péritonéale, a été observée : Lawston Tait (2) rapporte avoir enlevé un utérus qui présentait sur sa paroi antérieure une perforation à demi cicatrisée à sa partie supérieure, mais béante à sa partie inférieure sur une longueur d'un demi-pouce : or cet utérus avait été perforé au cours d'un curettage 9 mois avant.

M. Bar, dans l'observation que nous rapportons, après avoir lié et réséqué l'épiploon, suture l'utérus par 4 points séparés. Ha ven, trouvant sur les bords de la perforation de petits noyaux sphacéliques, résèque une portion des lèvres de la plaie utérine, puis fait deux plans de suture à la soie : 4 points profonds et 3 superficiels. Nous pensons en effet que le meilleur procédé de suture utérine est de faire deux plans : un profond dans lequel on évitera de prendre la muqueuse utérine et un superficiel dans lequel on prendra avec le revêtement péritonéal un peu de la tunique musculaire.

Naturellement, on épongera le sang épanché dans la cavité péritonéale, collecté le plus souvent dans le cul-de-sac de Douglas ou le cul-de-sac vésico-utérin, puis on refermera le ventre, par

(1) Thèse de Rebreyend, 1900.

(2) Thèse de Rebreyend, 1900.

prudence incomplètement en ayant soin de laisser un Mickulicz dans le cul-de-sac de Douglas ou encore un drain.

*
* *

Voyons maintenant la deuxième catégorie des observations de perforation d'utérus puerpéraux : l'accident intéresse un utérus infecté.

Avant d'aller plus loin, nous tenons à résumer brièvement l'observation de Madame R., que l'on retrouvera un peu plus loin. Elle arrive à l'hôpital Bichat pour rétention placentaire post-abortum ; le placenta extrait répand une odeur très fétide.

A la vérification digitale de la vacuité utérine une perforation est constatée. Dans la soirée M. Picqué pratique la laparotomie et fait l'hystérectomie subtotale. Cette malade guérit.

Sans intervention, il est grandement probable que cette femme serait morte, comme tant d'autres qui, dans de semblables conditions, ainsi que nous le verrons, n'ont pas été opérées ou l'ont été trop tardivement.

Cette femme a guéri par une opération radicale : l'hystérectomie, c'est déjà bien évidemment. Mais ne pouvait-on faire mieux et n'avait-il pas été fait trop chez cette malade ; telle est la question que M. Picqué s'est posée dans la suite. Et en effet, les annexes étaient absolument saines des deux côtés et cette femme était encore jeune ; or n'aurait-elle pas guéri si son utérus lui avait été laissé, bénéficiant d'une opération conservatrice ?

Telle est la question que M. Picqué nous a chargé de résoudre, en nous faisant entreprendre ce travail.

Pour arriver à sa solution, il nous semble que nous devons classer les observations de perforation d'utérus puerpéraux infectés en deux groupes :

Dans un premier l'utérus puerpéral contient des débris placentaires infectés, son contenu est septique, mais sa paroi n'est pas infectée : c'est le cas de notre malade.

Dans un deuxième groupe, l'utérus puerpéral renferme ou non des débris placentaires septiques, mais a sa paroi infectée.

*
* *

VOYONS D'ABORD LE 1^{er} GROUPE DE CES OBSERVATIONS QUI ONT TOUTES TRAIT A DES RÉTENTIONS PLACENTAIRES INFECTÉES.

Obs. XII. — (Gadaud) (1) — En mai 1900, Gadaud, interne de la Maternité de St-Louis, fait une dilatation préliminaire à un curetage pour rétention placentaire (avortement de 3 mois environ).

La dilatation est faite avec la série des bougies de Hégar : arrivé au n° 19 ou 20 le col éclate.

Le doigt introduit dans l'utérus sent une plaie à la face postérieure du col se présentant sous forme d'une fente verticale, médiane, de 2 centimètres environ ; l'extrémité du doigt pénètre dans l'abdomen.

Pas d'hémorragie. Le curetage est terminé. Une mèche est mise dans la perforation pour préserver la séreuse.

Rien de spécial dans les suites opératoires. Chute thermique dès le lendemain.

Obs. XIII. — (Due à l'obligeance de M. Guéniot). — M..., après un retard de trois mois est prise le 5 mai 1904 de métrorrhagie et fait à 10 heures du soir, le 7 mai, une fausse couche.

Le 9 mai : suintement hémorragique avec mauvaise odeur.

Le 16 mai : elle ressent quelques douleurs dans le ventre et entre le 17 mai à la clinique Tarnier, où elle est mise à l'isolement.

Le matin : T. 36°8 ; pouls : 127. *Le soir* : T. 38° ; pouls : 110.

L'utérus est petit, un fragment placentaire de mauvaise odeur est engagé dans le col.

A 6 heures du soir : dilatation du col : la première bougie de Hégar introduite, après avoir vaincu une petite résistance, s'enfonce très profondément : le diagnostic de perforation utérine est porté.

Curage digital : un débris placentaire du volume d'une prune est retiré du col.

Ecouvillonnage, mais aucune injection intra-utérine n'est faite.

Tamponnement intra-utérin.

Dans la soirée : frisson, T. 39°2, le ventre est partout douloureux à la palpation.

Glace sur le ventre, piqûre de morphine. La malade dort toute la nuit.

Le 18 mai : *Le matin* : T. 38° ; pouls : 114. *Le soir* : T. 39° 4 ; pouls : 111.

Le ventre n'est douloureux que dans la région hypogastrique. La glace sur le ventre est continuée. On enlève le tamponnement utérin et on fait des injections vaginales.

(1) Thèse de Rebreyend, 1901.

Le 19 mai : *Le matin*, T. 38°4 ; pouls : 108. *Le soir*, T. 38°4 ; pouls, 104.

Ventre douloureux à la région hypogastrique. Quelques vomissements (des liquides ingérés). On continue la glace sur le ventre. Injections vaginales.

Le 20 mai *Le matin*, 37°7 ; pouls : 83. *Le soir*, 37°6 ; pouls : 83.

Le ventre est moins douloureux ; la malade vomit moins ; glace sur le ventre, injections vaginales.

Le 21 mai : *Le matin*, 37°2 ; pouls : 77. *Le soir*, 37°4 ; pouls : 77.

La malade ne vomit plus ; toujours glace sur le ventre et injections vaginales ; un lavement est administré qui amène une selle.

Le 22 mai : *Le matin*, 37°7 ; pouls : 87. *Le soir*, 38°4 ; pouls : 99.

Le ventre est très peu douloureux, injections vaginales. Lavement.

Le 23 mai : *Le matin*, 37°9 ; pouls : 88. *Le soir*, 37°9 ; pouls : 95.

Le ventre n'est plus douloureux ; on supprime la glace, on administre de l'huile de ricin.

Les jours suivants on fait de grands lavages intestinaux. Enfin le 19 juin, la malade est mise dans la salle commune et, une dizaine de jours après, quitte la Maternité en bonne santé.

Obs. XIV. — (Fieux et Lafond) (1). — Une femme accouche à terme spontanément et facilement d'un enfant vivant ; mais la délivrance tardant à se faire la sage-femme qui l'assiste administra de l'ergot de seigle ; puis elle tire sur le cordon qui se rompt ; hémorragie ; les jours suivants quelques fragments placentaires s'éliminent ou sont retirés ; le 7^e jour, en présence d'accidents infectieux qui l'inquiètent, la sage-femme fait appeler un médecin.

Celui-ci après quelques vaines tentatives de délivrance artificielle et constatant l'infection grave de la femme, la fait transporter à l'hôpital où elle arrive huit jours après son accouchement. Le visage est terreux, le pouls petit et très rapide. Température 39°5. Toute la région de l'hypogastre est douloureuse. Par le vagin s'écoule un liquide brunâtre excessivement fétide.

M. Lafond après dilatation digitale de quelques minutes réussit à faire la délivrance artificielle : il extrait sans grosse difficulté la masse placentaire retenue et putréfiée.

Puis il fit un curetage à la curette mousse en bague de Lefour et termina par une irrigation intra-utérine au formol.

L'introduction de la sonde ne présenta aucune difficulté, elle se fit sans effort, sans rien présenter de particulier ; mais au moment où le liquide fut injecté, le visage de la femme devint plus pâle et la malade présenta un peu d'excitation en même temps que le pouls devenait imperceptible.

La possibilité d'une effraction utérine traverse alors l'esprit de M. Lafond qui arrêta l'irrigation et laissa la malade après avoir introduit une mèche de gaze stérilisée dans la cavité utérine.

1) Société de gynécologie, obstétrique et pédiatrie de Bordeaux, juin 1902.

Peu après le pouls se relève, l'état général semble s'améliorer, mais la malade succombe 14 ou 15 heures après l'intervention.

Autopsie : à l'ouverture du ventre s'écoule une certaine quantité de liquide rosé, qui est peut-être du liquide de l'injection, car le mélange du sang a empêché l'analyse chimique de se prononcer sur la présence du formol. Le fond de l'utérus remonte à 9 centimètres au-dessus du pubis, la face antérieure de l'organe est anteversion accusée.

L'utérus porte sur sa face postérieure un peu au-dessus des limites supérieures du segment inférieur une petite fissure rouge, allongée verticalement et mesurant 6 millimètres.

Après avoir ouvert l'utérus par sa face antérieure on découvre dans sa cavité en arrière sur la ligne médiane et à la hauteur de la limite supérieure du segment inférieur une petite boutonnière à lèvres transversales de 7 millimètres de longueur.

Puis en incisant la paroi de l'organe entre ces 2 orifices d'entrée et de sortie on met à jour sur toute sa longueur le trajet de la perforation qui est obliquement ascendant de l'intérieur vers l'extérieur. L'instrument poussé dans la cavité cervicale a abordé la paroi postérieure au niveau de la limite supérieure du segment inférieur et est ressorti à 3 centimètres plus haut en plein corps utérin.

Il a effectué dans l'épaisseur du muscle utérin un long trajet de 48 millimètres. Il est flagrant d'après les pièces que dans cet utérus en antecoudure l'instrument perforant après avoir parcouru la cavité cervicale a continué à cheminer dans l'axe du col au lieu de basculer pour pénétrer suivant l'axe du corps.

Examen par M. Sabrazès de coupes totales de la paroi au voisinage de la perforation :

Sur le bord de la perforation on remarque :

1^o Une diapédèse leucocytaire assez notable avec leucocytes polynucléés.

2^o Tuméfaction trouble des fibres musculaires dont les contours sont peu distincts et dont le protoplasma se colore d'une façon particulière. Sur les préparations (hématéine éosine) ces fibres présentent une coloration violacée, tandis que les fibres saines sont franchement roses. Le noyau est peu ou même pas coloré.

3^o Des flots diffus de désintégration granuleuse très limitée.

4^o Enfin dans certains points du bord de la perforation, on remarque quelques anfractuosités renfermant en grande abondance des leucocytes polynucléés ; c'est en somme du tissu de bourgeon charnu, mais sans vaisseaux néoformés.

En résumé : nécrose cellulaire et inflammation ; mais il est à remarquer que toutes ces modifications sont exclusivement limitées à la bordure de la perforation et ne pénètrent qu'à une profondeur de 9 millimètres. Elles ne diffusent nullement. Tout le reste du tissu utérin est absolument normal. Aussi les modifications relatées ci-dessus sont, non point la cause, mais bien la conséquence de la perforation utérine.

Obs. XV. — (Lucas) (1). — W., 27 ans entre le 13 décembre 1895 à 5 heures du soir à la maternité de Lariboisière pour une fausse couche non suivie de délivrance ; cette malade se croit être enceinte depuis 3 mois au moins ; elle dit avoir fait son avortement 2 jours avant son entrée, mais elle ne serait pas délivrée : elle ne veut donner aucune explication sur son avortement. Depuis, elle a perdu du sang en quantité notable ; elle n'a vu ni médecin, ni sage-femme ; mais elle a gardé le lit et a pris des injections d'eau boriquée. Le lendemain soir, elle s'est sentie prise de fièvre, a eu des frissons avec une soif vive ; alors l'hémorragie était complètement arrêtée.

Le surlendemain, son état ne s'améliorant pas, elle entre à Lariboisière.

A son arrivée on constate des signes d'infection profonde : malgré le peu d'élévation de température : T° 38°2, le facies est très altéré, le teint est plombé, les yeux sont cernés, brillants ; la langue est sèche, légèrement humide seulement sur les bords ; l'haleine est fétide ; le pouls assez fort et régulier est à 110. Une odeur infecte s'exhale des organes génitaux.

Le ventre n'est que peu douloureux au niveau du fond et des cornes utérines ; il est légèrement météorisé, mais permet néanmoins une palpation facile ; l'utérus augmenté de volume remonte à 2 bons travers de doigt au-dessus de la symphyse ; le col entr'ouvert admet 2 doigts à l'orifice externe, mais on ne parvient pas à franchir l'orifice interne. L'état général est mauvais.

Immédiatement la femme est mise en travers du lit ; Schwab, sous chloroforme, complète avec les doigts la dilatation du col, pénètre facilement dans l'utérus et extrait un morceau assez volumineux de placenta qui adhère encore vers le fond de l'utérus, exhalant une odeur absolument infecte. Curettage de l'utérus : des débris putrilagineux sentant très mauvais sont ramenés. Abondante irrigation intra-utérine suivie d'un écouvillonnage à la glycérine créosotée avec plusieurs écouvillons de Doléris. Puis la malade est mise à l'isolement.

Vers 8 heures du soir la T° est de 39°5 ; la femme se plaint vivement du ventre ; le facies est altéré profondément ; elle est très agitée ; dans la nuit diarrhée abondante, liquide et très fétide. Le ventre est douloureux, légèrement ballonné.

Le 14 décembre : le matin : T° 36°5. L'agitation est plus marquée ; la diarrhée persiste. Fréquentes injections vaginales et 3 injections intra-utérines dans la journée ; le liquide revient normalement. Les signes de péritonite s'accroissent de plus en plus et la malade meurt le 15 décembre à 8 heures du matin.

Autopsie : perforation siégeant à la face postérieure de l'utérus, à 3 centimètres environ au-dessous de la corne droite, à peu près circulaire, grande comme une pièce de 0, 20 à bords déchiquetés, très friables. Autour de la perforation est un foyer purulent, limité par des

(1) Thèse de Lucas 1896 (Paris).

adhérences entre les anses intestinales. Plusieurs cuillerées de liquide louche et rougeâtre dans la cavité de Douglas. Signes de péritonite généralisée.

OBS. XVI. — Observation due à l'obligeance de M. Porack. — N..., 31 ans, multipare, après un retard de 3 mois environ dans ses règles, perd un peu d'eau : elle consulte une sage-femme qui lui conseille le repos.

Elle reste au lit 5 à 6 jours ; cependant elle demeure un peu faible avec des défaillances fréquentes dans la journée durant une demi-heure.

Le 7 septembre, elle ressent vers 8 heures du matin de très fortes douleurs dans le bas-ventre ; à 4 heures de l'après-midi les douleurs sont devenues beaucoup plus fortes et cette femme expulse un fœtus. Un médecin appelé donne des injections.

Le 8 septembre au matin la malade a des frissons et les douleurs dans le bas-ventre sont plus vives.

Le 9 septembre : son médecin constatant de la fétidité des lochies conseille l'entrée dans un hôpital, mais la malade reste jusqu'au 14 septembre chez elle.

Le 14 septembre elle entre à 5 heures du soir à la Maternité.

T. : 39°, pouls : 116 ; l'état général est mauvais, facies gris, langue rôtie, diarrhée, du vagin s'écoule un liquide séro-purulent fétide.

Toucher : le col est ouvert et dans sa cavité on trouve une masse irrégulière, qui est attirée facilement au dehors : c'est le placenta ; il est en pleine putréfaction.

On fait une injection intra-utérine qui ramène des débris placentaires.

Le 15 septembre : le matin : T. 38, pouls : 108 : l'état général est le même ; écoulement utérin : fétide.

A 11 heures du matin : Nau, interne du service, après avoir dilaté le col avec des bougies de Hégar, pratique un curettage qui ramène des débris de membranes putréfiées ; lavage intra-utérin ; badigeonnage de la cavité utérine à la glycérine créosotée ; drainage de la cavité utérine.

Peu de temps après, on est frappé par l'altération des traits de la malade : le facies est grippé, le pouls est lent, mais très petit. Puis le ventre ne tarde pas à devenir tendu, se météorise, et devient douloureux surtout au niveau de l'épigastre et de la région hépatique. 1000 gr. de sérum en injection sous-cutanée.

A 3 heures de l'après-midi douleurs abdominales assez vives ; le ventre est tendu ; pas de nausées, la respiration est courte ; pouls à 92, bien frappé. 1000 gr. de sérum sous la peau.

A 6 heures du soir : T° 38°8, pouls : 116 ; respiration : 47 ; la malade a eu plusieurs selles abondantes fétides. Un peu avant 7 heures du soir ; Vomissements verts. A 8 heures 1/2 du soir : hoquet durant 1/4 d'heure. Dans la nuit : 3 nouveaux vomissements verts. 1000 gr. de sérum.

Le 16 septembre : matin : T° 38°6 ; pouls : 120 ; respiration : 48 ; le ventre est toujours douloureux. 1000 gr. de sérum ; injection de caféine. A midi : vomissements verts, diarrhée très fétide. 1000 gr. de sérum. A 8 heures et 1/2 du soir : sérum et caféine.

La malade a dans la nuit des vomissements verts.

Le 17 septembre : matin : T° 38°2, pouls : 124, respiration : 48 ; diarrhée fétide ; le ventre est plus tendu.

A 3 heures 1/2 de l'après midi : le pouls est à 136.

M. Potocki fait la laparotomie : à l'incision du péritoine issue de quelques bulles gazeuses ; les anses intestinales sont rouges et tendues ; du liquide séreux très fétide s'écoule ; lavage du péritoine avec 4 litres d'eau bouillie.

Les intestins étant repoussés par en haut, on découvre l'utérus : sa face antérieure est tapissée de fausses membranes d'un jaune sale qui cloisonnent le cul de sac vésico-utérin ; le fond de l'utérus est saisi avec des pinces : on trouve sur sa face postérieure à la hauteur de l'orifice interne une perforation anfractueuse ; le cul-de-sac de Douglas est rempli de pus.

M. Potocki pratique l'hystérectomie supra-vaginale, fait un tamponnement du petit bassin et referme le ventre.

A 5 heures : Température 39°9 ; pouls incomptable ; caféine, éther, 2000 gr. de sérum.

A 1 heure du matin : 1000 gr. de sérum. La malade n'a pas vomi de la nuit.

Le 18 septembre : matin T. : 39°6 ; pouls : 132 ; respiration : 60 ; délire. 1000 gr. de sérum. La malade meurt à midi.

Obs. XVII. — Hoffmann de Philadelphie (1) rapporte un cas d'avortement avec rétention placentaire, pour lequel fut pratiqué un curetage qui ramena des débris placentaires putréfiés ; au cours de ce curetage l'utérus fut perforé et de l'épiploon fut amené jusqu'à l'orifice externe du col.

4 heures après l'accident Hoffmann fait la laparotomie, enlève quelques caillots et du sang liquide épanché dans le péritoine, et suture la perforation de l'utérus. Guérison.

La laparotomie s'imposait, ajoute Hoffmann, pour 2 raisons : parce que l'épiploon avait fait hernie à travers la perforation utérine et parce que le contenu de l'utérus était septique.

Obs. XVIII. — Observation personnelle. — Le 2 août 1904 après-midi entre à l'hôpital Bichat R..., 23 ans pour hémorragie par rétention placentaire (post abortum) remontant à 8 jours. Le 24 juillet 1904 cette femme enceinte de 2 mois et 1/2 environ (dernières règles : du 1^{er} au 4 mai) serait tombée sur le côté gauche ; à la suite de cet accident elle éprouve des douleurs dans le ventre et le surlendemain 26 juillet elle a une perte rouge et expulse un embryon.

(1) American Journal of obstetrics. Novembre 1890.

Depuis lors, hémorragies répétées assez abondantes pour lesquelles elle se déciderait à consulter une sage-femme et un médecin.

Le médecin la voit le 1^{er} août et lui conseille d'aller à l'hôpital ; mais la femme ne s'y fait transporter que le 2 août.

A son arrivée cette femme est très pâle, son pouls est rapide et très faiblement frappé. La T. est de 37°5. Elle perd encore en rouge et le vagin est encombré de caillots.

Injectons hypodermiques d'éther, de caféine et d'huile camphrée. Après savonnages et lavages vulvaire et vaginal, on constate que la presque totalité du placenta est dans le vagin, une petite portion seulement restant au-dessus de l'orifice interne du col utérin.

Sous anesthésie la main droite est introduite dans le vagin ; l'index s'insinue dans l'utérus au-dessus du placenta qui est extrait : il a la largeur d'une petite paume de main ; il dégage une odeur extrêmement fétide.

Vérification au doigt de la vacuité utérine : l'extrémité de l'index pénètre alors dans un orifice qui lui permet d'arriver au contact de la main qui maintient le fond de l'utérus à travers la paroi abdominale, aussipensons-nous que le fond de l'utérus est perforé ; mais n'ayant introduit au travers de l'orifice que nous venions de découvrir que l'extrémité de la dernière phalange de l'index, nous pensons que peut-être le revêtement péritonéal de l'utérus a été seulement soulevé et n'est pas perforé ; c'est pourquoi, après avoir fait une nouvelle injection vaginale, nous nous munissons d'une longue canule intra-utérine pour nous en servir comme d'un cathéter : nous l'introduisons dans l'utérus, son extrémité va buter contre le fond de l'organe, qu'un instant nous ne croyons pas perforé, mais en abaissant la canule sur la fourchette, nous éprouvons un ressaut très net et la canule s'enfonce profondément dans l'abdomen (nous percevons par le palper son extrémité un peu au-dessus de l'ombilic) ne nous laissant plus aucun doute sur la réalité de la perforation.

Sérum sous-cutané. Glace sur le ventre. Le pouls devient plus fort et bat à 75 l'après-midi ; ni vomissements, ni même nausées.

Dans la soirée, M. Picqué vient voir la malade : le pouls est assez fort ; il est à 70, la T. est à 38°7.

Le ventre n'est pas ballonné, il n'existe qu'une légère contracture des muscles droits.

M. Picqué décide l'intervention : laparotomie médiane sous-ombilicale. Constatation d'une plaie linéaire verticale d'une longueur de près de deux travers de doigt, occupant la face antérieure du corps de l'utérus sur la ligne médiane. Cette plaie utérine est obstruée par un caillot adhérent un peu à l'épiploon et aux anses intestinales ; très peu de sang dans cul-de-sac vésico-utérin. Annexes absolument saines.

M. Picqué pratique l'hystérectomie subtotale avec ablation des annexes ; curettage de la cavité cervicale et cautérisation de cette cavité au thermocautère. 2 Mickulicz dans le cul-de-sac de Douglas et une

mèche sur le moignon du col. Suture incomplète de la paroi abdominale.

Le lendemain de l'opération la T. est à 37°9 ; la T. monte progressivement les 2 jours suivants pour atteindre le 3^e jour au soir 39°2 ; elle descend le lendemain matin à 38°3 pour y rester pendant 4 jours et descend progressivement pour se maintenir aux environs de 37° neuf jours après l'opération.

La malade quitte le service guérie 28 jours après son opération.

EXAMEN DE L'UTÉRUS PAR MM. MORTIER ET BEAUVY : 1^o Des coupes pratiquées au niveau même de la perforation montrent que la perforation est bordée par une zone qui ne dépasse pas un centimètre d'étendue, où l'on distingue 2 parties :

Une bordant immédiatement la perforation : portion nécrosée, contenant des bactéries filamenteuses et des amas de cocci au milieu d'un stroma où on reconnaît encore la structure de l'utérus, mais où aucun élément ne se colore = zone de nécrose

Une partie immédiatement contiguë à la précédente où les fibres musculaires sont nécrosées ; les vaisseaux se colorent, quelques vaisseaux renferment des polynucléaires ; le tissu conjonctif est infiltré de quelques polynucléaires = zone de réaction.

Immédiatement en dehors de cette zone de réaction, qu'au point de vue valeur du tissu nous pouvons appeler zone intermédiaire les coupes montrent un tissu utérin normal.

Remarque : la nécrose assez profonde des éléments anatomiques de la zone qui borde les lèvres de la perforation permet de dire que la perforation utérine devait dater de quelques jours.

2^o Des coupes portant sur un fragment de l'utérus prélevé sur la paroi opposée à la perforation montrent un tissu utérin normal.

Dans cette série d'observations, toutes les fois que la perforation utérine a été reconnue ou même présumée, les opérateurs se sont abstenus avec raison de pratiquer une injection intra-utérine, car celle-ci passant dans le péritoine y eût semé des germes septiques. Dans l'observation que nous rapportons de Fieux et Lafond, il y a eu injection intra-utérine, parce que M. Lafond a pensé que l'utérus était perforé, seulement au moment de l'injection, en constatant l'altération des traits de la malade ; il a très sagement agi en interrompant immédiatement son injection.

On ne peut reprocher à Naur d'avoir fait une injection intra-utérine à la suite de son curettage, puisqu'à aucun moment il n'avait pensé avoir fait une perforation de l'utérus. Nous ne pouvons non plus faire reproche à Schwab d'avoir fait suivre son curettage d'une injection intra-utérine et d'en avoir pratiqué le lendemain

trois autres, puisque dans cette observation, prise dans la thèse de Lucas, la perforation utérine était passée inaperçue.

La rétention placentaire post-abortive pour laquelle Gadaud est intervenu semble bien appartenir à ce groupe d'observations, puisqu'il est signalée dans l'observation une chute thermique au lendemain du curettage; c'est lors de la dilatation aux bougies d'Hégar que le col éclate; l'opérateur vérifie l'existence d'une perforation à la face postérieure du col par l'exploration digitale: cette constatation ne l'empêche pas de pratiquer son curettage; une mèche est mise dans la perforation utérine et la femme guérit. Gadaud a sans doute effectué son curettage pour ne pas laisser dans l'utérus perforé des débris placentaires septiques; or ne s'exposait-il pas à ce que pour le moins sa curette traverse cette perforation et donc l'agrandisse, à ce qu'elle porte dans le péritoine des produits septiques, à léser un organe de la cavité abdominale.

Aussi préférons-nous la conduite tenue par M. Guéniot pour vider l'utérus qu'il venait de perforer avec une bougie d'Hégar; c'est par le curage digital, procédé nullement aveugle qu'il assure la vacuité utérine; mais nous croyons qu'il a eu tort d'introduire ensuite un écouvillon dans cet utérus, car cet écouvillon risquait de s'engager, comme la curette employée par Gadaud, dans la perforation, de l'élargir, de porter l'infection dans le péritoine, d'entraîner l'épiploon, comme dans l'observation sus-mentionnée que nous devons à M. Bar.

Dans les observations que nous venons de relater: Gadaud enregistre un succès à l'actif de l'abstention ou plus exactement du tamponnement utérin;

La malade de Guéniot a guéri aussi avec un tamponnement intra-utérin, de la glace sur le ventre et de l'opium, mais elle a présenté pendant plusieurs jours des symptômes de réaction péritonéale et en somme fait de la péritonite.

L'abstention, qui s'explique dans l'observation que nous empruntons à la thèse de Lucas, par la méconnaissance de la perforation utérine est suivie de mort rapide: la malade meurt environ 36 heures après la perforation avec des signes de péritonite septique.

La malade de M. Lafond meurt plus rapidement encore: c'est 14 à 15 heures après la production de la perforation utérine qu'elle succombe, perforation pour laquelle on s'est abstenu ou plus

exactement contenté de faire un tamponnement intra-utérin.

Dans l'observation de Nau, il y a eu abstention également ou plus exactement drainage de la cavité utérine ; ce n'est qu'en face des signes de péritonite généralisée que, un jour et demi après la perforation utérine, M. Potocki fait la laparotomie, lave le péritoine à l'eau bouillie et pratique l'hystérectomie supra-vaginale, la malade meurt moins de 24 heures après cette opération, dont l'échec peut, croyons-nous, être attribué à la date tardive de l'intervention.

Dans l'observation d'Hoffmann de Philadelphie où il y avait pro-cidence de l'épiploon à travers la perforation, la laparotomie a été pratiquée 4 heures après la perforation ; la malade a guéri et l'opérateur a conservé l'utérus qu'il a suturé.

La malade qui avait commencé son avortement en ville et chez laquelle nous avons trouvé une perforation de l'utérus lors de la vérification de la vacuité utérine a guéri par l'intervention de notre maître M. Picqué qui a pratiqué l'hystérectomie subtotale.

En résumé dans cette série d'observations, nous voyons l'abstention seulement dans le cas de Gadaud donner un plein succès, peut-être faut-il en voir la raison dans le peu de septicité de la rétention placentaire ; la malade de Guéniot a guéri également par le tamponnement, probablement pour les mêmes raisons ; cependant les choses ne se sont pas passées sans incidents, puisque la malade a présenté durant plusieurs jours des signes de péritonite.

L'abstention a été suivie de mort, et de mort rapide, dans l'observation que nous avons empruntée à la thèse de Lucas, dans l'observation de Lafond, dans l'observation de Nau, car chez cette dernière malade l'intervention a été pratiquée trop tardivement.

Au contraire l'intervention donne un beau succès à Hoffmann ; M. Picqué de même a guéri sa malade en intervenant.

D'après ce qui précède, il ne nous semble pas discutable qu'il faille intervenir, et promptement : immédiatement. Deux cas sont à envisager : ou l'utérus a été débarrassé des débris placentaires septiques, il n'y aura qu'à intervenir ; ou l'utérus renferme encore des débris placentaires septiques, on pourra préalablement vider la cavité utérine par le curage digital et l'expression abdomino-vaginale de Budin, puis intervenir alors, mais on ne devra point curetter la cavité utérine, ni l'écouvillonner, car on risque de

complicquer les choses comme nous l'avons dit ; si l'on veut curetter et écouyillonner l'utérus nous sommes d'avis qu'on y procède seulement au cours de la laparotomie, sous le contrôle de la vue d'un aide et celui-ci obturant la perforation du côté du ventre, comme cela a été fait dans les observations d'Alberti et de Villemin, que nous retrouverons plus loin.

Ici encore, nous ne voulons pas qu'on fasse l'hystérectomie vaginale, qui outre ses difficultés, expose à enlever un utérus non perforé, laisse ignorées les lésions possibles de l'intestin.

Nous voulons que l'on fasse, sans retard, la laparotomie, qui permet de constater la réalité de la perforation utérine.

Alors, si la femme est âgée, voisine de la ménopause, ou si ses annexes sont malades, c'est sans regret que l'on pratiquera chez elle l'hystérectomie abdominale ; mais si la femme est jeune, si ses annexes sont saines, doit-on pratiquer l'hystérectomie ? nous pensons que l'on peut conserver l'utérus et faire la suture de la perforation : la preuve clinique en est fournie par l'observation d'Hoffmann qui guérit sa malade par la suture.

La malade de Guéniot a guéri avec un tamponnement intra-utérin ; or il ne nous semble pas douteux que dans ce cas la suture de la perforation utérine après laparotomie immédiate aurait été couronnée de succès, comme dans le cas d'Hoffmann ; d'autre part, il est permis de penser que cette intervention immédiate, en fermant toute communication entre la cavité utérine et la cavité péritonéale, aurait peut-être bien évité à cette malade la péritonite, qui pendant plusieurs jours a mis sa vie en danger.

Nous croyons enfin pouvoir défendre la conservation de l'utérus après suture de la perforation, en nous appuyant sur les examens anatomo-pathologiques de l'observation de MM. Flieux et Lafond, où l'utérus a été examiné très attentivement par M. Sabrazès : n'y voyons-nous pas en effet les lésions être exclusivement limitées à la bordure de la perforation et ne diffuser nullement ; tout le reste du tissu utérin est absolument normal.

De même l'examen anatomo-pathologique de l'utérus que M. Picqué a enlevé par laparotomie, fait par nos amis, Mortier et Beauvy, nous autorise à dire que cette femme aurait pu bénéficier d'une opération conservatrice : et en effet les lésions sont exclusivement limitées aux bords de la perforation ; le reste du tissu utérin est absolument normal.

Nous croyons donc fermement qu'en intervenant immédiatement par laparotomie on peut suturer la plaie utérine après en avoir au besoin avivé les bords, s'ils sont déchirés, contus ou s'ils présentent, comme dans le cas de Haven, de petits noyaux sphacéliques.

On fera donc deux plans de sutures : un profond et un superficiel ; si la perforation utérine siège au voisinage du ligament large, on pourra procéder comme l'a fait très ingénieusement Alberti de Postdam dans le cas que nous retrouverons plus loin, où il recouvrit la perforation utérine avec une portion du ligament large droit.

Puis le ventre sera refermé incomplètement avec un Mickulicz placé dans le cul-de-sac de Douglas ou en laissant un drain.

*
**

IL NOUS RESTE MAINTENANT A ANALYSER LE 2^e GROUPE DES UTÉRUS PUERPÉRAUX INFECTÉS QUI ONT ÉTÉ PERFORÉS ; QU'ILS RENFERMENT OU NON DES DÉBRIS PLACENTAIRES SEPTIQUES, LEUR PAROI EST INFECTÉE :

Obs. XIX. — (Lenoir) (1). — *Perforation de l'utérus au cours d'un curettage post abortum. Guérison.* — Femme de 25 ans, a fait il y a 26 jours une fausse couche de 3 mois environ, s'était à ce moment livrée à une sage-femme dont l'intervention paraît suspecte. Depuis sa fausse couche, elle souffre du bas-ventre, surtout sur la ligne médiane, et perd un peu en blanc.

Col ferme, un peu entr'ouvert ; utérus un peu gros, rien aux annexes, cependant un peu de douleurs dans les culs-de-sac latéraux.

8 jours après l'entrée : curettage, tout à fait à la fin du curettage, après avoir raclé partout et très doucement, l'opérateur voulant donner un dernier coup sent sa curette s'enfoncer jusqu'au manche, il la retire, bourre l'utérus avec de la gaze iodoformée et attendit, se réservant d'intervenir si besoin était.

La malade n'a pas souffert, n'a pas eu de fièvre, n'a pas été constipée et s'est levée au bout de quinze jours.

Obs. XX. — Observation due à l'obligeance de M. Porack. — E., 33 ans, multipare, entre à la Maternité le 11 avril 1898 à 4 heures 10 du matin. Elle a vu ses dernières règles à la fin de juillet 1897.

A son entrée à la Maternité les membranes sont rompues, la dilatation est complète ; après quelques efforts, cette malade accouche.

A 5 heures du matin ; délivrance naturelle et complète.

(1) Lenoir. Thèse de Paris, 1898.

Le lendemain 12 avril 1898 : T° 39°. On met la malade à l'isolement et on fait une injection intra-utérine ; les jours suivants : la T. oscille entre 38° et 39° ; les lochies sont purulentes. On fait des injections intra-utérines.

Le 9^e jour après l'accouchement Georghiu, interne du service, pratique un curettage (au cours duquel l'utérus fut perforé), puis fait un tamponnement utérin à la gaze iodoformée ; les jours suivants, la T° se maintient entre 38° et 39°.

Le 22^e jour la T° monte à 39.5 et un peu de diarrhée apparaît.

Le 24^e jour : violentes douleurs abdominales, vomissements.

Le lendemain : mêmes symptômes, le ventre se ballonne légèrement ; dans la soirée le ballonnement du ventre s'accroît et le faciès commence à se gripper.

Le 26^e jour : l'état général est mauvais ; vers 4 heures du soir le pouls est petit, filiforme, incomptable. A plusieurs reprises la malade a des accès de cyanose et de suffocation et elle meurt à 7 heures du soir.

Autopsie par M. Durante : péritonite généralisée à maximum dans les fosses iliaques et le bassin. L'utérus rétroversé et rétrofléchi présente à sa face postérieure près de la trompe droite un dépôt de fibrine organisée : l'utérus est ouvert : à ce niveau, on trouve une perforation utérine du volume d'une plume d'oie, à bords ulcérés, plus large du côté de la cavité utérine.

OBS. XXI. — (Lucas). (1). — D., 22 ans, entre le 2 décembre 1895 à la maternité de Lariboisière, cette femme n'aurait jamais cessé d'avoir ses règles, mais reconnaît avoir ressenti des nausées et quelques rares vomissements ; le 22 octobre aurait ressenti d'une façon obscure des mouvements actifs qui ne reparurent plus.

Le 20 novembre, elle éprouve plusieurs défaillances dans la journée après s'être heurté le ventre contre une grosse clé, dit-elle.

Le 1^{er} décembre elle est prise de douleurs qui augmentent d'intensité et de fréquences : à minuit elle se fait conduire à Lariboisière et dans le trajet perd de l'eau en assez grande quantité.

A son arrivée à la Maternité de Lariboisière le 2 décembre à 1 heure du matin, sa T. est de 40.9 ; une odeur très fétide s'exhale des organes génitaux ; l'utérus remonte à 3 travers de doigt au-dessous de l'ombilic, le col présente une dilatation de 2 f. ; à 3 heures 1/2 du matin, la dilatation est presque complète et à 5 heures un fœtus mort-né pesant 180 gr. et ayant 22 cm. de long est expulsé : quelques minutes après, la délivrance se fait sans hémorragie ; le placenta pèse 40 gr. Le fœtus comme le placenta exhalaient une odeur infecte. Aussitôt après l'avortement, une injection intra-utérine est faite.

La T° est alors de 38.8. On fait un tamponnement intra-utérin à la gaze iodoformée et on administre 0,50 c. gr. de sulfate de quinine.

(1) Thèse de Lucas, 1896 (Paris).

Le 3 décembre : T. 38°6 ; le matin la malade a des vomissements verdâtres ; nouvelle injection intra-utérine ; le soir l'odeur des lochies persiste : aussi on fait un écouvillonnage à la glycérine créosotée avec un tampon d'ouate enroulé à l'extrémité d'une longue pince ; puis une injection intra-utérine au permanganate et un tamponnement intra-utérin.

Le 4 décembre : T. : 37°,8.

Le lendemain : la T. remonte à 39°,2. La malade a depuis le matin des vomissements verts très abondants et presque continuels, on lui met de la glace sur le ventre et lui administre de l'opium. Elle meurt à minuit et demi après avoir présenté tous les symptômes de la péritonite suraiguë.

Autopsie : les anses intestinales distendues sont fortement injectées et recouvertes par places de fausses membranes fibrineuses ; elles sont agglutinées, surtout dans la région qui avoisine l'utérus.

A la face postérieure de celui-ci à droite et en haut, à un travers de doigt au-dessous du point d'abouchement de la trompe on trouve une perforation à peu près circulaire, large comme une pièce de 0,20 dont les bords sont déchiquetés, très friables, peu épais.

Autour de la perforation est un foyer purulent qui tend à s'enkyster et contient une bouillie noirâtre, putrilagineuse, à odeur fécaloïde. La cavité de Douglas contient quelques cuillerées de pus.

Obs. XXII. — (Polaillon) (1). — P. Marie, 27 ans, ménagère est apportée sur un brancard le 6 avril 1893.

Elle a accouché il y a un mois ; depuis cet accouchement qui aurait été naturel et terme, elle ressent de vives douleurs abdominales accompagnées de pertes de sang et de pertes muco-purulentes ; elle a dû garder le lit et son état général est devenu de plus en plus mauvais.

Elle est profondément anémiée par des métrorrhagies et des pertes blanches presque continuelles. Sa peau est d'une pâleur de cire. Elle n'a pas de fièvre, mais elle souffre de douleurs abdominales continuelles. Elle est maigre, faible, sans appétit. La palpation du ventre, qui est légèrement augmenté de volume, est très douloureuse ; l'utérus déborde en haut le pubis et est douloureux à la pression. Au toucher vaginal le col est gros, un peu mou, notablement abaissé.

L'examen au speculum montre l'orifice du col entr'ouvert et tapissé par des fongosités saignantes. L'hystéromètre pénétré dans une cavité très agrandie à une profondeur d'environ dix centimètres.

Le diagnostic est : métrite puerpérale subaiguë ayant retardé l'involution utérine. Traitement général et M. Polaillon décide un curetage :

Le 7 avril : dilatation du col avec une tige de laminaire de moyenne grosseur, la malade continue à souffrir dans la journée ; le soir 38°.

Le 8 avril : matin : T. 37°,2 on enlève la tige de laminaire et on la remplace par une autre plus grosse. Soir : T° 39.

(1) Polaillon. Maladies des femmes. Paris 1900.

Le 9 avril : T. 37°2.

Sous chloroforme le curettage est pratiqué. Après avoir lavé la cavité utérine avec une injection de sublimé au millième, une grosse curette demi-tranchante est introduite ; elle s'enfonce profondément, mais pas plus profondément que l'hystéromètre. Le curettage s'exécute comme d'habitude sans que M. Polaillon s'aperçoive de quelque accident opératoire.

La curette roule sur des surfaces molles, ce qui n'a rien d'étonnant puisque l'utérus est en état d'involution. L'écoulement sanguin est modéré. Après le curettage, injection intra-utérine au sublimé suivie immédiatement d'injection boriquée pour chasser de l'utérus le sublimé qui pourrait devenir une cause d'intoxication, puis pansement intra-utérin à la gaze iodoformée.

Quelques heures après l'opération, la malade est prise de faiblesse, ses traits sont profondément altérés. Refroidissement des extrémités, sueurs froides. Cet état va en s'aggravant ; les lèvres se cyanosent, la langue est sèche, la soif est vive.

A 5 heures la T. est à 37°. Pas de vomissements. Pas de ballonnement du ventre qui est peu douloureux à la pression. Le pouls est extrêmement rapide, incomptable, quoique régulier. L'auscultation ne dénote rien d'anormal.

On enlève le pansement intra-utérin ; il s'écoule environ un verre d'un liquide séro-sanguinolent. Injection intra-utérine d'eau boriquée tiède ; le liquide ressort clair.

On cherche à relever les forces par des injections hypodermiques de caféine et d'éther, par une injection de sérum sous-cutanée, par des inhalations d'oxygène, par du champagne.

L'état de prostration continue à s'aggraver et la malade meurt à 10 heures du soir, 12 heures après le curettage.

Autopsie : à l'ouverture de l'abdomen on ne trouve ni épanchement de sang, ni épanchement de sérosité. Il n'y a pas trace de péritonite généralisée, mais en haut et à gauche de l'utérus existe un foyer purulent, enkysté, limité par des fausses membranes très solides ; ce foyer contient environ un demi-verre de pus verdâtre.

On enlève l'utérus et les annexes : ovaires sains ; la trompe droite est saine ; mais la trompe gauche est dilatée, pleine de pus et cette salpingite suppurée se trouve en rapport avec le foyer purulent intra-péritonéal.

Le tissu de l'utérus est très ramolli ; sur le fond on voit deux déchirures à bords frangés. Ces déchirures ont été certainement faites par la curette et elle ne peuvent s'expliquer que par la faible résistance du tissu utérin.

Ce ne sont pas ces deux petites plaies qui ont causé les accidents, conclut M. Polaillon, mais c'est le liquide des lavages qui a pu passer dans le péritoine par ces déchirures, bien qu'on n'en ait pas retrouvé une quantité appréciable.

Obs. XXIII. — Observation personnelle. — S... Blanche, 17 ans, entre à l'hôpital Bichat le 13 janvier 1905, ayant fait, 4 jours avant, une fausse couche de deux mois et demi environ, d'après la date de ses dernières règles (21 octobre 1904).

De son utérus, dont le col reste entr'ouvert, s'écoule un liquide grisâtre, sanieux, répandant une odeur fétide.

La T. est de 37° le matin, et de 37° 5 le soir.

L'écoulement persistant malgré des injections intra-utérines, il lui est fait le 17 janvier par un externe du service un curettage, qui ne ramène pas de débris placentaires; écouvillonnage à la glycérine créosotée; injection intra-utérine au permanganate.

A aucun moment il n'a été remarqué quelque chose d'anormal pouvant faire supposer une perforation utérine.

Le lendemain 18 janvier : T. 36° 1; pouls : très faible, très rapide : 130; la malade n'a eu ni vomissements, ni nausées. Son ventre n'est nullement douloureux.

Mort le 18 janvier à midi et quart : un peu plus de 24 heures après le curettage.

Autopsie : Aucun signe objectif de péritonite.

Examen de l'utérus en place : On remarque à la face postérieure du col, un peu à gauche de la ligne médiane, une ecchymose sous-péritonéale, qui fait penser que peut-être l'utérus a été perforé en ce point.

Ablation de l'utérus en entier avec les annexes : On remarque alors une autre ecchymose à la face antérieure de l'isthme utérin, un peu à gauche de la ligne médiane, ce qui laisse à penser que l'utérus a été peut-être perforé également en ce point.

Ouverture de l'utérus par sa face antérieure, en ayant soin de passer en dehors de l'ecchymose qui est sur la face antérieure.

La cavité du col ne présente aucune trace d'effraction de la muqueuse répondant à l'ecchymose sous-péritonéale remarquée à la face postérieure du col, mais une anfractuosité très nette cratériforme au niveau de l'ecchymose remarquée à la face antérieure : un stylet mousse est introduit dans cette anfractuosité et vient soulever le tissu cellulaire péri-utérin, démontrant la réalité d'une perforation utérine au niveau de l'ecchymose remarquée extérieurement.

Examen de l'utérus par MM. Mortier et Beauvy :

1° Coupes en série au niveau de la perforation faites perpendiculairement à sa direction :

Une coupe faite au voisinage de la muqueuse utérine montre l'existence de 3 zones :

Une 1^{re} zone, constituant les bords mêmes de la perforation, est formée par de la fibrine infiltrée de leucocytes polynucléaires, où tous les éléments sont nécrosés.

Une 2^e zone, immédiatement contiguë à la précédente, où le tissu utérin est fortement infiltré de leucocytes polynucléaires.

Une 3^e zone de tissu utérin, qui est parsemée de places en places d'amas de leucocytes polynucléaires; thromboses vasculaires leucocy-

tiques. En un point le contenu d'un vaisseau thrombosé est nécrosé et entouré d'une zone de réaction (abcès miliaire, vraisemblablement phlébitique).

Les coupes en série, faites de la muqueuse vers l'extérieur de l'utérus, décèlent la forme de la perforation : d'abord unique, elle se bifurque.

Sur ces coupes les bords de la perforation conservent les mêmes caractères, c'est-à-dire une réaction inflammatoire polynucléaire et une nécrose des fibres musculaires voisines.

Le tissu utérin présente en somme des lésions diffuses de lymphangite et de phlébite.

2. Coupes portant sur le fond de l'utérus : elles montrent une atteinte encore plus profonde de l'organe et particulièrement de nombreux abcès miliaries endo et péri-vasculaires.

En résumé il s'agit là d'un utérus à paroi très infectée, ce qui permet d'expliquer la mort en quelques heures par septicémie péritonéale suraiguë.

OBS. XXIV. — (Veit) (1). — Dans une rétention placentaire post abortive, un jeune médecin avait essayé à 3 reprises de faire le curage digital de l'utérus ; n'ayant pas réussi et la malade ayant de la fièvre, il introduisit dans l'utérus une pince à débris pour extraire le contenu de l'utérus. Il amena dans le vagin une anse intestinale. Aussitôt il fit appeler Veit, qui vit la femme une heure à peu près après l'accident.

Veit essaya sans y parvenir de réduire l'anse intestinale. Le toucher rectal fit reconnaître que l'utérus était perforé sur sa paroi postérieure.

Veit incise alors le cul-de-sac postérieur du vagin, ouvre le cul-de-sac de Douglas, il essaye à nouveau, sans y parvenir, de réduire l'intestin, il n'y parvient qu'après avoir agrandi par en bas la perforation utérine.

Comme la face interne de l'utérus était en pleine putréfaction et que la plaie utérine saignait en abondance, Veit fit l'hystérectomie vaginale.

La malade mourut de péritonite septique au bout de 48 heures.

Veit ne regrette pas d'avoir enlevé l'utérus dans ce cas, car sa paroi était infectée.

OBS. XXV. — (Mauclaire) (1). — Une femme de 20 ans entre le 30 novembre 1902 à 8 heures du soir à l'hôpital Bichat, dans le service de M. Picqué.

Cette malade avait eu depuis le mois précédent un retard de règles. Il y a 8 jours, elle s'est fait « soigner » en ville, mais depuis elle a des pertes sanguines très abondantes, avec ballonnement du ventre et vomissements.

Actuellement on note tous les signes d'une septicémie péritonéale très avancée : ballonnement généralisé de l'abdomen, qui est très sen-

(1) Centralblatt für gynækologie, 1894.

(2) Annales de gynécologie et d'obstétrique, Février 1903.

sible, même dans la région épigastrique ; vomissements porracés, léger refroidissement des extrémités, pouls très petit, dyspnée, soif très vive, subdélire.

Malgré l'état très grave de la malade, M. Mauclaire fait immédiatement avec l'aide de M. Vivier, interne du service, la laparotomie. Le ventre ouvert, il s'écoule un liquide louche très fétide, au point que l'on croit un instant à l'existence de matières fécales dans le péritoine. Les anses intestinales sont recouvertes de pus, de fausses membranes purulentes, verdâtres. L'utérus est gros comme un fort poing d'adulte. Au niveau de son fond, empiétant un peu sur la face antérieure, on voit une perforation à bords assez réguliers, allongée dans le sens antéro-postérieur, par laquelle sortent des débris infects venus de la cavité utérine.

Amputation supra-vaginale de l'utérus infecté. Ablation d'une tumeur ovarienne droite grosse comme le poing. Ablation des annexes gauches. Drainages multiples de la cavité abdominale ; drainage abdomino-vaginal passant par la cavité du col et le vagin.

Tamponnement total du pelvis avec des mèches à la Mickulicz, de telle sorte que les anses intestinales grèles ne peuvent plus descendre dans le pelvis.

Après l'opération la malade s'affaisse de plus en plus et succombe 6 heures après l'intervention.

L'apparition un peu tardive des accidents, l'aspect gangréneux de l'utérus dans la région de la perforation font penser à une escharre tardive, perforante, provoquée probablement par une tentative d'avortement faite plutôt avec un liquide caustique qu'avec un instrument rigide.

Examen : l'utérus est volumineux et très mou ; c'est une véritable éponge de pus. La perforation empiète à la fois sur la face antérieure et sur le fond ; elle est allongée dans le sens antéro-postérieur. Plaque de sphacèle au pourtour. Débris fongueux placentaires dans la cavité utérine.

M. Macé a présenté cet utérus le 15 décembre 1902 à la Société d'obstétrique : M. Maygrier, qui a examiné la pièce, a pensé plutôt à une gangrène utérine perforante.

Obs. XXVI. — (Mauclaire) (1). — D..., 32 ans, entre le 6 juin 1902 dans le service de M. Picqué à l'hôpital Bichat. Elle a accouché le 6 mai dernier. L'accouchement avait été régulier ; douze jours après apparaît de la fièvre. Un médecin appelé par la sage-femme fait alors tous les jours des lavages intra-utérins et le tamponnement jusqu'au 5 juin ; la fièvre restait élevée.

Le 6 juin à midi au cours du lavage intra-utérin, la malade tombe subitement en état de syncope : on constate que la sonde de Doléris a pénétré très profondément et que l'eau du lavage (au crésyl) ne revient plus par l'orifice externe du col.

(1) Annales de gynécologie et d'obstétrique, février 1903.

Le soir même, le ventre est très ballonné, très sensible ; la malade a des nausées et des vomissements ; le facies est grippé, le pouls très rapide.

Ignorant tous ces détails, on fait dans le service le diagnostic de fièvre puerpérale. Le médecin de la ville vient alors donner le 7 juin dans l'après-midi, les renseignements sus-indiqués, de sorte que c'est seulement à 6 heures du soir que M. Mauclore est appelé pour examiner la malade. Le facies est très grippé, le pouls a 130 pulsations ; la T. est de 40° ; le ventre est très ballonné, très douloureux. Un début de péritonite est évident.

Une intervention est décidée immédiatement, soit 30 heures après l'accident, avec l'aide de M. Menet, interne du service.

A l'ouverture de l'abdomen, toutes les anses intestinales sont rouges, celles qui sont dans le petit bassin sont recouvertes de fausses membranes purulentes. Dans le pelvis on trouve un épanchement déjà séro-purulent.

L'utérus est assez volumineux, ramolli, non dévié. A son angle droit se voit une perforation ; tout le ligament large droit présente une infiltration gélatiniforme. Hystérectomie supra-vaginale ; un drain abdomino-vaginal passe par la cavité du col utérin. Tamponnement total du pelvis par un drainage à la Mickulicz qui remplit le cul-de-sac de Douglas et le petit bassin.

Dans chaque fosse iliaque nous établissons un drainage sortant au-dessus de l'arcade crurale.

8 juin : l'état de la malade n'est pas amélioré, pouls filiforme, T. 40°. Mort à midi, 18 heures après l'opération.

Examen histologique de la pièce par M. Macé : on trouve par places des régions où les fibres musculaires sont mal colorés ; mais il n'y a pas de dégénérescence partielle, car le noyau est coloré. En somme, peu de lésions histologiques.

Obs. XXVII. — (Mauclore) (1). — M., âgée de 31 ans vient à la consultation de gynécologie du service de M. Le Dentu le 9 août 1902 ; elle aurait accouché le 12 juillet, l'enfant mourut 2 heures après sa naissance. Dès les jours suivants, la malade eut de la fièvre et perdit énormément de matières sanguinolentes et de pus.

Aujourd'hui 9 août, elle se tient courbée en deux, tellement elle souffre de l'abdomen ; celui-ci est peu ballonné, mais très sensible. On est frappé de l'abondance de la suppuration qui s'écoule par la vulve. L'utérus est gros, douloureux, sensible. Le col est très dilaté. Les annexes sont très facilement perceptibles au toucher et douloureuses. Pas de fièvre.

La malade est soumise pendant 24 heures au repos et aux injections.

L'abondance de l'écoulement purulent par l'orifice du col est telle que le 12 août un curetage est décidé, pensant à de la rétention placentaire.

(1) Annales de gynécologie et d'obstétrique. Février 1903.

Le 13 au matin, M. Vinsonneau, interne de service, explore avec le doigt la cavité utérine avant de la dilater. Il sent très manifestement une perforation de la paroi postérieure de l'utérus à l'union du col et de l'isthme ; aucune manœuvre opératoire n'est pratiquée.

Le soir même, la T° monte à 38°, le facies est grippé, le ventre un peu ballonné.

Appelé à examiner la malade, M. Mauclaire décide la laparotomie. Elle est faite avec l'aide de M. Vinsonneau vers 5 heures du soir.

L'abdomen ouvert, on tombe sur un foyer de pelvi-péritonite de tout le petit bassin. Les anses intestinales sont rouges, recouvertes de quelques fausses membranes purulentes. Il y a de la sérosité louche dans tout le pelvis.

En explorant la face postérieure de l'utérus assez volumineux et mou, M. Mauclaire met le doigt dans une ouverture qui communique avec la cavité du col utérin ; cette ouverture est assez irrégulière.

Amputation supra-vaginale de l'utérus et ablation des deux annexes qui sont assez volumineuses et très congestionnées. Un drain passe par la cavité du col laissé en place ; il sort en bas par le vagin et en haut au-dessus du pubis. Tamponnement total du pelvis, c'est-à-dire qu'un tamponnement occupe le cul-de-sac de Douglas et deux autres latéraux remplissent les parties latérales du pelvis pour que les anses intestinales grêles ne descendent plus momentanément dans le petit bassin infecté. Injection de sérum physiologique. Ce tamponnement total est enlevé 36 heures après.

T° le 13 : 37°5 le matin ; 38° le soir

T° le 14 : 38° le matin ; 38°2 le soir.

T° le 15 : 37°8 le matin ; 38°8 le soir.

Par le drain il sort de nombreux débris et matières purulentes. Lavage par le drain avec de l'eau oxygénée. La T° descend les jours suivants à la normale. Guérison.

Examen de l'utérus par M. Macé : L'utérus est infiltré dans toute son épaisseur de cellules embryonnaires petites, qui dissèquent les faisceaux musculaires et sont très nettement perçues comme des travées parallèles à ces faisceaux. Par places on voit des amas de cellules embryonnaires qui sont l'amorce d'abcès intra-musculaires multiples, transformant l'utérus en éponge purulente. Les vaisseaux sont très épaissis comme dans tout utérus puerpéral. Ils ne contiennent pas de coagula, ils ne sont pas sensiblement enveloppés d'une gaine de cellules embryonnaires, qui sont plutôt localisées dans les espaces lymphatiques interfasciculaires. La fibre musculaire n'est pas dégénérée. Le protoplasma et le noyau prennent bien les colorants. Il s'agit donc d'une infiltration inflammatoire au début sans désagrégation des cellules embryonnaires constitutantes, sans formation appréciable de pus.

D'après cet examen histologique M. Mauclaire se demande s'il ne s'agit pas d'un abcès interstitiel ou d'une plaque de sphacèle de gangrène utérine ayant par son évolution déterminé une solution de continuité de la paroi utérine.

OBS. XXVIII. — (Gusserow) (1). — Chez une femme de 30 ans, présentant de la fièvre, un médecin voulant extraire de l'utérus des débris placentaires post abortifs avec une pince à débris, attira à sa grande surprise une portion d'épiploon à la vulve. Aussitôt la malade fut amenée à la Charité et Gusserow décida de faire la laparotomie et l'hystérectomie : aussitôt le ventre ouvert, il s'écoula une quantité considérable de sang, cependant la plaie de l'utérus, malgré son étendue assez considérable, ne saignait que peu.

L'épiploon après ligature fut réséqué un peu au-dessus de l'utérus ; puis Gusserow enleva l'utérus (avec la portion d'épiploon y contenue) par hystérectomie sub-totale.

L'hystérectomie sembla parfaitement justifiée à Gusserow dans ce cas, car la paroi utérine était infectée.

Cette femme, opératoirement guérie, mourut au 25^e jour subitement avant de se lever d'une embolie pulmonaire consécutive à une thrombose de la veine fémorale.

OBS. XXIX. — (Poirier) (2). — Mme B..., entre à l'hôpital Tenon dans le service de M. Poirier le 30 décembre 1899, pour des accidents graves postabortum. Les dernières règles remontent au 18 septembre 1899.

Le 26 décembre, la malade se fit elle-même (?) une injection intra-utérine d'eau de savon avec une canule en caoutchouc durci. Elle ressentit aussitôt des douleurs intolérables à crier, dans le bassin et perdit connaissance pendant un certain temps. Bientôt après survinrent des vomissements verdâtres.

L'expulsion de l'œuf eut lieu le 27 décembre au milieu de douleurs, mais sans hémorragie considérable.

Les 28, 29 décembre, les douleurs persistant, le ventre se ballonna, la fièvre s'alluma, vive (sans indication thermométrique). Il y avait du hoquet, des vomissements fréquents et verdâtres, témoignant de l'existence d'une péritonite généralisée.

A son entrée à Tenon, la malade est examinée par l'interne de garde (ancien interne en chirurgie) qui constate un écoulement utérin de mauvais aspect : séro-purulent et un utérus gros et douloureux. Il pensa à une rétention de membranes et fit à 9 heures du soir un curettage prudent avec la curette mousse de Récamier.

Le curettage fut suivi d'une irrigation utérine abondante avec plusieurs litres d'eau bouillie, puis d'un tamponnement avec de la gaze aseptique.

Le lendemain et le surlendemain, l'état général s'améliore : plus de vomissements, mais la température reste au-dessus de 38° ; le pouls est rapide ; le facies pâle, grisâtre.

2 janvier 1900 : pansement par l'interne du service. Au toucher, le

(1) Centralblatt für gynaekologie, 1894. §

(2) Thèse de Rebreyend, 1900.

col largement ouvert, mou, admet deux doigts. Dans la partie droite du petit bassin, on délimite par le palper combiné une tumeur arrondie, résistante, semblant légèrement mobile avec le col, douloureuse à la pression : cette masse paraît être le corps de l'utérus gros. Dans le cul-de-sac postérieur gauche, il existe une tuméfaction douloureuse assez volumineuse collée à l'utérus donnant l'impression d'une annexite avec péri-annexite.

A ce moment le diagnostic porté est le suivant : gros utérus infecté et peut-être mal vidé avec annexite.

Traitement : injections intra-utérines, matin et soir.

Le 4 janvier au matin, M. Poirier au retour des vacances du jour de l'an, voit la malade dans son lit, fait le toucher vaginal, constate l'existence d'un utérus gros, laissant suinter un liquide sanieux très fétide, puis fait transporter immédiatement la malade à la salle d'opération pour faire le nécessaire.

Sur la table d'opération, à l'examen au speculum, un phénomène nouveau frappe immédiatement les assistants : par l'orifice utérin s'écoule une grande quantité de pus extrêmement fétide ; au toucher on ne retrouve plus la volumineuse tumeur latérale droite que l'on avait constaté les jours précédents ; la sonde de Doléris introduite dans l'utérus pénètre sans l'ombre d'une résistance à une profondeur telle que M. Poirier porte le diagnostic de rupture de l'utérus.

Il intervient de suite par laparotomie médiane sous-ombilicale : Œdème du tissu sous-péritonéal et prévésical ; derrière le péritoine incisé apparaît l'épiploon vascularisé formant un gâteau induré adhérent à l'utérus, au-dessous de l'épiploon le doigt ouvre une grosse collection suppurée péri-utérine droite et sent l'extrémité du drain qui avait été mis dans l'utérus pour assurer l'écoulement du pus. Le pus épongé, le globe utérin apparaît rouge. Sur sa paroi antérieure existe une déchirure irrégulière, à bords déchiquetés et sphacélés longue d'environ 4 centimètres et de forme anguleuse, en z très allongé. En arrière de l'utérus est une grosse collection purulente dans le cul-de-sac postérieur.

Au voisinage de l'utérus, les anses grêles sont vascularisées, dépolies ; il y a des signes évidents d'une péritonite généralisée.

M. Poirier agite alors la question de savoir s'il doit enlever l'utérus ; les lésions lui paraissant limitées, il prend le parti de le laisser en place en drainant largement. Il introduit dans l'utérus par la déchirure un gros drain qui descend dans le vagin d'une part et ressort par la plaie abdominale d'autre part. De plus quatre autres drains sont placés dans toutes les directions dans la partie inférieure de la cavité abdominale.

Pendant l'intervention un aide injecte un litre de sérum dans la saphène.

Suites opératoires : le soir, la malade a très bien supporté cette grave intervention, le pouls est bon, la température est de 38°, le visage est meilleur, la malade se sent mieux. Grand lavage abdomino-vaginal par les drains.

Le lendemain : l'injection intra-veineuse de sérum est renouvelée, la malade n'a pas vomi ; pouls plein.

Les jours suivants : grands lavages à l'eau bouillie (7-8 litres) abdomino-utérins ; successivement tous les drains sont enlevés, d'abord les drains abdominaux, puis le 25 janvier le drain abdomino-vaginal. La malade sort complètement guérie le 5 mars. Retour des règles trois mois après l'opération.

Du pus provenant de la cavité abdominale a été recueilli à l'aide de pipettes et l'on a pratiqué desensemencements : il s'agissait de streptocoque extrêmement virulent.

Après lavage du péritoine, on a recueilli à l'aide de pipettes du liquide péritonéal dont lesensemencements sur gélose pure et autres milieux sont restés stériles (Lœwy et Lœper).

Obs. XXX. — (Alberti) (1). — Une multipare de 32 ans après un retard de quelques jours dans ses règles est prise d'une hémorragie abondante qui s'accompagne de douleurs expulsives. Cette hémorragie se prolonge pendant un mois : étant de plus en plus abondante, s'accompagnant d'odeur fétide depuis deux semaines et affaiblissant considérablement la femme, un médecin est appelé.

Le médecin trouve cette femme exsangue et fiévreuse, constate que l'utérus est gros, que le col n'est pas perméable au doigt, mais que des débris fétides y sont engagés.

Pensant qu'il s'agissait d'une rétention placentaire putréfiée, il décide de faire un curetage.

Après un lavage avec une solution de lysol à 1 pour 100, il introduisit lentement une curette de Roux jusqu'au fond de l'utérus, fit deux grattages prudents et introduisit ensuite une pince à polypes pour enlever les débris placentaires détachés. Il ramena avec sa pince une anse d'intestin grêle ; il ne s'écoula pas une goutte de sang ; mais la malade se plaint et se trouve mal.

Le médecin n'essaye pas de réduire l'intestin, mais tamponne le vagin tout autour de l'intestin avec de la gaze iodoformée et fait transporter la femme à l'hôpital.

Trois heures après environ, Alberti examine la femme : elle est pâle, affaiblie ; la peau est chaude ; le pouls est à 132 ; le ventre est gros, sensible au-dessus de la symphyse ; il enlève les tampons vaginaux et trouve dans le vagin une anse d'intestin grêle un peu rouge, violacée.

Aussitôt Alberti pratique la laparotomie : l'anse de l'intestin grêle avait pénétré à travers une déchirure longue de 3 centimètres siégeant sur le bord droit de l'utérus ; elle était fixée au niveau de l'orifice interne du col qui l'enserrait et il était impossible de l'en détacher.

Il fallut faire une incision profonde de l'orifice interne du col avec un couteau spécial guidé sur le doigt pour arriver à libérer l'anse intestinale : on constata alors sur l'anse intestinale fortement congestion-

(1) Centralblatt für gynækologie, 1894.

née 2 sillons d'un bleu noir séparés par une distance de 17 centimètres de long ; le mésentère avait été légèrement déchiré par la pince.

L'anse intestinale fut sortie de l'abdomen et lavée avec une solution phéniquée à 3 pour 1000. La déchirure de l'utérus, peu augmenté de volume, avait 3 centimètres de long, était dirigée de haut en bas, le long du bord droit, jusqu'au niveau de l'orifice interne ; elle ne saignait pas du tout.

Le muscle utérin était flasque et mou, d'apparence cireuse et si mince qu'en en faisant la suture simple les fils coupèrent.

Aussi Alberti dut passer 4 fils n° 4 à la Lembert, puis recouvrit ces sutures avec une partie du ligament large droit.

Pendant les sutures, deux débris placentaires du volume d'un pois s'étant échappés, on introduisit dans l'utérus la curette de Roux, pendant qu'on maintenait le fond de l'utérus. Malgré la prudence avec laquelle on agissait, la main qui tenait l'utérus avait l'impression qu'une nouvelle perforation allait se produire, tant la paroi était mince et molle.

On ramena ainsi quelques débris fétides. Pas la moindre contraction utérine.

Les suites de l'intervention furent très favorables, car seulement les deux premiers soirs elle eut un peu de fièvre (38° et 38°2) et elle ne présenta aucun signe de réaction péritonéale. Seul le pouls resta très rapide (jusqu'à 132) durant les 5 premiers jours. Au 4^e jour il y eut une selle, à la suite d'un lavement.

Quatre semaines après, nouvelle hémorragie abondante et rebelle qui nécessite un nouveau curettage, la curette ramena des morceaux de muqueuse utérine ramollie. Les hémorragies cessèrent pour reprendre de nouveau avec violence 6 semaines plus tard : nouveau curettage ; sortie de nombreux morceaux de muqueuse utérine ; atouchement à la teinture d'iode.

Depuis, la malade reste en parfaite santé, mais n'est plus devenue enceinte.

Dans cette série d'observations, nous voyons Lenoir enregistrer un succès à l'actif de l'abstention armée, puisque cet opérateur se réservait d'intervenir si besoin était : sa malade a guéri avec un tamponnement intra-utérin ; nous pensons que dans ce cas l'infection de l'utérus devait être très minime et nous ne saurions approuver sa conduite.

Et en effet, la malade de l'observation de Georghiu dès le lendemain de son accouchement est soumise à des injections intra-utérines, le 9^e jour de ses couches elle subit un curettage et un écouvillonnage, intervention au cours de laquelle l'utérus a été

perforé et à la suite de laquelle l'utérus a été tamponné à la gaze iodoformée ; or quinze jours après, des phénomènes de péritonite apparaissent et la malade meurt en moins de trois jours. A l'autopsie, M. Durante trouve une péritonite généralisée, surtout marquée dans les fosses iliaques et dans le bassin ; l'utérus avait été perforé au voisinage de la trompe droite.

Les femmes, chez lesquelles le diagnostic de perforation utérine n'a pas été fait, meurent de péritonite septique généralisée, véritablement suraiguë ; dans l'observation personnelle que nous rapportons la femme meurt en un peu plus de 24 heures ; la malade de l'observation que nous empruntons à la thèse de Lucas, qui a eu une perforation utérine au cours d'un écouvillonnage, meurt 36 heures après sa perforation ; la malade de M. Polaillon succombe plus rapidement encore : 12 heures après le curettage au cours duquel l'utérus a été perforé.

Il est vrai que dans ces trois observations, il y a eu injection intra-utérine : dans les 2 premières de permanganate et dans la troisième de sublimé et d'eau boriquée. Ces injections ont certainement pu aggraver les choses, bien que dans aucune de ces trois observations ne soit notée l'absence du retour des liquides injectés.

Veit est appelé auprès d'une malade par un médecin qui en voulant extraire avec une pince des débris placentaires, ramène une anse intestinale. Il voit cette femme une heure après l'accident, fait la réduction de l'anse intestinale et pratique l'hystérectomie vaginale, il ne regrette pas d'avoir enlevé l'utérus dont la paroi était infectée (purin) et cependant cette femme meurt de péritonite septique en quarante-huit heures.

M. Mauclore opère avec l'aide de Vivier une première malade en pleine péritonite généralisée et trouve une perforation utérine.

Il fait l'hystérectomie abdominale et draine le péritoine : cette femme succombe 6 heures après l'intervention. C'est en pleine péritonite généralisée encore que M. Mauclore, aidé de Menet, fait la laparotomie, enlève l'utérus qui avait été perforé 30 heures environ avant avec la sonde de Doléris au cours d'un lavage intra-utérin pour infection puerpérale ; il draine la cavité péritonéale : la malade meurt 18 heures après l'opération, soit deux jours après la perforation utérine.

Vinsonneau, interne du service de M. Le Dentu, se dispose à curetter une malade atteinte de métrite puerpérale. Il trouve par

l'exploration digitale de l'utérus une perforation de sa face postérieure au voisinage de l'isthme, s'abstient de toute manœuvre opératoire ; mais des signes de péritonite apparaissant, le soir même, il appelle M. Mauclore qui fait la laparotomie vers 5 heures du soir, trouve de la pelvipéritonite, enlève l'utérus perforé, draine le petit bassin et enregistre une guérison à l'actif de l'hystérectomie abdominale.

Un médecin veut extraire avec une pince des débris placentaires dans un utérus infecté et ramène de l'épiploon ; Gussrow, dans le service duquel la femme fut amenée, fait la laparotomie, résèque l'épiploon après ligature et pratique l'hystérectomie abdominale et l'opérateur ne regrette pas son intervention, car la paroi était septique (purin). On pouvait considérer cette femme comme guérie, quand 23 jours après elle mourut subitement d'une embolie pulmonaire consécutive à une thrombose de la veine fémorale. M. Poirier enregistre un beau succès, il intervient en pleine péritonite généralisée pour une perforation utérine ; il fait la laparotomie, conserve l'utérus perforé en ayant soin de faire passer au travers de la perforation utérine un drain qui descend dans le vagin d'une part et ressort d'autre part par l'incision abdominale, puis il draine largement le péritoine ; les jours suivants, de grands lavages abdomino-utérins sont faits par les drains : sa malade sort de l'hôpital complètement guérie deux mois après l'opération.

Enfin la malade de l'observation d'Alberti avait une rétention placentaire septique, pour laquelle un médecin fait un curettage, puis introduit dans l'utérus une pince pour extraire les débris placentaires infectés et ramène une anse d'intestin grêle.

Trois heures après, Alberti pratique la laparotomie, dégage l'intestin hernié au travers de la perforation utérine et serré au niveau de l'orifice interne du col ; la déchirure de l'utérus avait 3 centimètres de long, était dirigée de haut en bas le long du bord droit jusqu'au voisinage de l'orifice interne du col. Alberti fait une première suture, en passant ses fils dans le muscle utérin flasque et mou, d'apparence cireuse et si mince que les fils coupent ; aussi il fait 4 sutures de Lembert et recouvre la perforation avec une partie du ligament large droit. Au moment des sutures, deux débris placentaires s'échappent, un curettage est pratiqué avec une main sur le fond de l'utérus ; sa paroi était si mince que la main qui maintenait l'utérus avait la sensation que la curette allait produire

une nouvelle perforation. Eh bien, cette femme a parfaitement guéri par cette opération conservatrice ; cependant la paroi utérine était infectée.

De tout ce qui précède, nous pouvons conclure que, lorsqu'un utérus puerpéral, dont la paroi est infectée, vient à être perforé ou que cet accident est seulement probable, il convient de ne point s'abstenir, car c'est condamner la femme presque fatalement à la mort par péritonite suraiguë et nous dirons qu'il convient d'intervenir le plus tôt possible, immédiatement, car c'est parce qu'on a opéré trop tard, en pleine péritonite généralisée que l'intervention n'a pas été couronnée de succès.

La encore nous ne voulons pas qu'on fasse l'hystérectomie vaginale, parce que d'abord elle est extrêmement difficile, quand elle s'attaque à un utérus puerpéral profondément infecté de l'avis des chirurgiens les plus habitués à cette intervention (1), parce qu'ensuite elle expose à enlever un utérus qui n'a pas été perforé comme l'observation de Rebreyend que nous avons relatée au début de ce chapitre en fait foi, parce qu'enfin elle laisse méconnues les lésions possibles de l'intestin.

Nous sommes d'avis que l'on intervienne sans retard par laparotomie, qui permet de constater les lésions possibles de l'intestin et de les réparer et qui permet de voir la perforation utérine.

La plaie utérine constatée, que convient-il de faire ? Nous devons avouer que nous avons trop peu d'observations pour nous prononcer entre l'hystérectomie et la conservation de l'utérus : la fermeture de la perforation, qui fut pratiquée trois heures après l'accident, donne un beau succès à Alberti, qui conserve à son opérée un utérus à paroi manifestement infectée. De même M. Poirier a guéri sa malade en lui conservant un utérus à paroi infectée, mais en faisant passer dans la perforation de cet utérus un drain qui d'une part descend dans le vagin et d'autre part ressort par l'incision abdominale et cet opérateur déclare à la Société de chirurgie lors de la discussion sur l'opportunité de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale qu'en de semblables circonstances il agirait certainement de même, croyant avec conviction qu'un péritoine, à condition d'être largement drainé, se défend fort bien contre l'infection la plus septique (or dans cette observation le pus prove-

(1) Voir la discussion de la Soc. de Chirurgie, 1901.

nant de la cavité péritonéale contenait du streptocoque extrêmement virulent) et à condition, ajouterons-nous, que l'intervention ne soit pas trop tardive ; car c'est pour cette raison, pensons-nous, que la même méthode n'a pas été couronnée de succès entre les mains de M. Villemin dans l'observation que nous relatons un peu plus loin.

Toutefois nous croyons devoir faire un reproche, d'importance secondaire il est vrai, à cette méthode, c'est que, obligeant à laisser en place longtemps (21 jours dans l'observation de M. Poirier) le drain qui passe au travers de la perforation utérine, on se place dans les meilleures conditions, pensons-nous, pour que cette perforation ne se cicatrise pas et subsiste sous forme de fistule métro-péritonéale ; mais nous répétons que ce reproche est minime, car on n'aura qu'à aller dans une intervention secondaire aviver au besoin les bords de cette fistule et les suturer. Gusserow par l'hystérectomie abdominale a guéri, on peut dire, sa malade, puisqu'elle n'est morte que 25 jours après subitement d'une embolie pulmonaire, or, il déclare ne pas regretter d'avoir enlevé l'utérus dont la paroi était septique. M. Mauclore, dans les 3 observations que nous avons relatées, a fait l'hystérectomie abdominale deux fois avec insuccès, parce que, croyons-nous, l'intervention a été trop tardive, a été faite en pleine péritonite généralisée et une fois avec succès, vraisemblablement parce que dans ce troisième cas il n'y avait que de la pelvi-péritonite. Or, les examens anatomo-pathologiques de ces trois utérus enlevés par M. Mauclore ont été faits par M. Macé et ont montré que dans un cas seulement l'utérus présentait peu de lésions histologiques ; dans les deux autres cas la paroi utérine était transformée en une véritable éponge purulente, l'opérateur ne peut donc regretter d'avoir enlevé ces deux utérus : dans un cas la femme est morte.

Mais dans l'autre la femme a guéri ; or nous doutons que les choses se soient passées de même si l'utérus avait été conservé. Aussi serions-nous enclins à conseiller l'hystérectomie lors de perforation utérine toutes les fois que la paroi utérine est infectée et il est permis de le supposer toutes les fois qu'en l'absence de rétention placentaire il existe des signes d'infection utérine.

*
* *

NOUS CROYONS DEVOIR METTRE A PART LES 4 OBSERVATIONS QUI VONT SUIVRE : NOUS NE SAVONS EN EFFET, PUISQUE L'OBSERVATION N'Y FAIT AUCUNE ALLUSION, S'IL S'AGIT D'UTÉRUS PUERPÉRAUX INFECTÉS OU NON ; MAIS, AYANT TOUTES TRAIT A DES PERFORATIONS UTÉRINES DUES A DES MANŒUVRES ABORTIVES, NOUS POUVONS LES CONSIDÉRER COMME RELEVANT TOUTES DE MANŒUVRES TRÈS VRAISEMBLABLEMENT MALPROPRES.

Obs. XXXI. — (Rebreyend) (1). — En 1897, à St-Antoine, dans le service de M. Blum, remplacé par M. Villemain, est admise d'urgence une femme atteinte de péritonite puerpérale aiguë, consécutive à une fausse couche provoquée de 3 à 4 mois.

L'utérus est gros et mou. Signes d'infection non douteux.

Laparotomie : au fond de l'utérus, au voisinage d'une corne, on trouve deux perforations de la grosseur du pouce, à bords déchiquetés et étoilés. On pratique le curettage de l'utérus pendant qu'une main reste appliquée sur le fond de l'organe.

On réunit les deux perforations en sectionnant la mince bande de tissu intermédiaire ; un drainage abdomino-vaginal est ensuite établi à l'aide d'un tube en anse, passant par la perforation et sortant par la plaie opératoire.

Drainage du pelvis avec un Mickulicz ; l'utérus est bourré de mèches, mort le lendemain dans le collapsus.

Obs. XXXII. — (Faure) (2). — En 1899, M. Faure, remplaçant M. Reclus à l'hôpital Laennec, a vu une femme de 25 ans entrée à l'hôpital pour une métrorrhagie consécutive à un avortement provoqué. Des signes de péritonite d'abord obscurs, se précisent au bout de 4 à 5 jours et conduisent à la laparotomie.

On trouve du pus dans le petit bassin et sur le fond de l'utérus une plaie admettant l'extrémité du doigt. Hystérectomie. Drainage abdomino-vaginal. La malade succombe deux jours après.

Obs. XXXIII. — (Kelly) (3). — Kelly est appelé auprès d'une jeune femme ayant une température élevée et un pouls petit et rapide, un visage anxieux et un écoulement fétide par le vagin ; le petit dilateur de Wilson, puis le dilateur d'Edinger avaient été introduits dans le col quatre jours avant par un médecin.

(1) Thèse de Rebreyend, 1900. Paris.

(2) Thèse de Rebreyend, 1900. Paris.

(3) American Journal of obstetrics 1891.

Kelly enlève du col par petits morceaux un fragment d'une éponge grossière, comme celles qui servent à laver les naseaux des chevaux, qui répand une odeur fétide et trouve à un centimètre et demi environ au-dessus de l'orifice externe à la paroi postérieure de l'utérus une fente de 2 centimètres de long à travers laquelle le doigt passe dans la cavité péritonéale.

L'utérus légèrement augmenté de volume permet de supposer une grossesse interrompue au cours du 3^e mois ; il est antéfléchi.

Kelly diagnostique une péritonite septique et veut pratiquer la laparotomie immédiate ; le médecin s'y oppose, se basant sur le peu de douleurs accusées par la malade pour affirmer la bénignité du cas. Mais 5 jours après, le médecin rappelle Kelly ; l'état de la femme semble désespéré ; pouls fuyant, collapsus ; abdomen ballonné.

Cependant intervention : laparotomie rapide, un litre environ de sérosité fétide et sanguinolente s'écoule à l'incision ; péritonite généralisée avec adhérences fibrineuses ; la plaie utérine siège à la face postérieure de l'utérus très bas vers le plancher pelvien ; un tube à drainage est placé. Injections hypodermiques de cognac, strychnine, digitale, atropine, lavements stimulants.

La malade reste dans un état comateux et meurt au 4^e jour.

Obs. XXXIV. — (Vincent) (1). — Une femme de 34 ans, non mariée, se présente à la consultation de la Charité en disant avoir fait une fausse couche et ne pas être délivrée. Elle a perdu beaucoup de sang et elle souffre. Elle a eu des vomissements. On ne peut obtenir d'elle aucun autre renseignement.

Le premier examen fait constater que le col est assez serré ; l'hystéromètre pénètre profondément ; la pince de Reverdin également. L'irrigation ne ramène pas beaucoup de débris.

On fait le tamponnement à la gaze iodoformée pour dilater le col et provoquer le détachement du placenta qu'on dit inclus.

Le lendemain le tamponnement est enlevé et on se met en œuvre de procéder à l'ablation de l'arrière-faix que la femme dit n'être pas sorti.

La pince ramène 30 à 40 centimètres d'intestin grêle engagés au travers d'une perforation de l'utérus.

La laparotomie s'imposant, on prépare la malade pour cette opération qui est pratiquée le lendemain.

Anastanose de l'intestin grêle et du cœcum. Suture de la perforation de l'utérus et hystéropexie.

La femme meurt des suites de sa péritonite, 18 heures après l'intervention.

Dans les trois premières observations, il s'agit d'avortement provoqué : c'est au cours de manœuvres intra-utérines que l'uté-

(1) Soc. nat. de méd. de Lyon, 6 juillet 1898.

rus a été perforé : dans le cas de l'observation de Kelly, les manœuvres ont certainement été septiques ; dans les deux autres cas, où il n'est donné aucun renseignement sur ces manœuvres, il est grandement probable qu'elles ont été malpropres.

Dans les trois cas il y a eu laparotomie ; mais l'intervention a été les trois fois tardive, puisque c'est en pleine péritonite généralisée que ces femmes ont été opérées.

La malade de Villemin a été opérée tardivement, parce qu'elle est arrivée à l'hôpital St-Antoine dans un état très précaire ; aussi la méthode, qui devait donner deux ans plus tard un beau succès entre les mains de M. Poirier, n'empêcha pas cette malade de succomber le lendemain de l'intervention.

La malade de Faure a été opérée trop tard également :

Vraisemblablement cette femme n'avoua pas ou que tardivement des manœuvres abortives, aussi est-ce seulement en présence de symptômes non douteux de péritonite que l'on fut conduit à pratiquer la laparotomie, et la malade était à l'hôpital Laennec déjà depuis 4 à 5 jours : M. Faure fit l'hystérectomie abdominale, établit un drainage abdomino-vaginal ; la malade meurt 2 jours après.

Kelly est appelé auprès d'une femme par un médecin qui, quatre jours avant, avait introduit dans l'utérus le petit dilatateur de Wilson, puis le dilatateur d'Edinger ; il enlève du col utérin par petits morceaux un fragment de ces grossières éponges avec lesquelles on lave les naseaux des chevaux ; elle répand une odeur fétide ; Kelly trouve une perforation de l'utérus ; il diagnostique une péritonite septique et veut pratiquer immédiatement la laparotomie ; mais le médecin l'en empêche, se basant sur le peu de douleurs accusées par la malade pour affirmer la bénignité du cas. C'est seulement 5 jours après, c'est-à-dire 9 jours après la perforation que ce médecin rappelle Kelly ; alors l'état de la femme semble désespéré, Kelly l'opère cependant, mais 4 jours après elle meurt.

Tous ces faits plaident en faveur d'une intervention immédiate, dans les perforations utérines par avortement provoqué ; aussi, pour ne pas laisser passer inaperçue une perforation abortive, conseillons-nous de pratiquer l'exploration digitale de l'utérus dans tous les avortements, dont l'origine reste suspecte ; car il ne faut attendre de la femme des aveux, quand elle se décide à en faire.

que lorsqu'elle se sent irrémédiablement perdue et alors toute intervention est vouée à échouer.

En face d'une perforation abortive, on pratiquera la laparotomie immédiate, on drainera le péritoine, même s'il n'y a pas péritonite, car, presque toujours les manœuvres abortives ont été septiques ; quant à l'utérus, on se comportera à son égard d'après les considérations sur lesquelles nous nous sommes étendus antérieurement : on le conservera ou on en pratiquera l'ablation, selon qu'il appartient à l'une des catégories que nous avons établies.

La quatrième observation que nous relatons ne donne aucun renseignement sur l'étiologie de l'avortement : a-t-il été provoqué par des manœuvres abortives ou est-il spontané ? nous l'ignorons. Nous ne savons pas davantage si l'utérus est infecté ou non. En tous cas, nous y voyons les fautes accumulées : un hystéromètre pénètre profondément dans l'utérus, une pince de Roverdin de même : on ne pense pas un instant à la possibilité d'une perforation utérine et pourtant l'avortement de cette femme a une étiologie suspecte. Un lavage intra-utérin est pratiqué ; puis on fait un tamponnement intra-utérin à la gaze iodoformée. Le lendemain on retire ce tamponnement, puis on introduit dans l'utérus une pince pour retirer le placenta que la femme prétend ne pas avoir expulsé et on ramène 30 à 40 centimètres d'intestin grêle au travers d'une perforation que la pince vient de faire ou qui est antérieure et par laquelle la pince a pénétré dans la cavité péritonéale : or, faute inexcusable, la laparotomie s'impose, dit l'observation, et on attend au lendemain pour faire le nécessaire : la femme mourait 18 heures après l'intervention des suites de sa péritonite.

Et quoi d'étonnant ? Et est-ce ainsi qu'on devait agir, est-ce ainsi qu'ont agi tous les opérateurs en face d'une procidence de l'épiploon ou de l'intestin à travers une perforation utérine ; c'est aussitôt après l'accident que M. Bar pratique la laparotomie ; c'est dans le plus bref délai possible, quelques heures après, que sont intervenus Hoffmann de Philadelphie, Veit, Gusserow, Alberti, Orthmann, Olshausen.

*
**

ENFIN NOUS GROUPONS UN CERTAIN NOMBRE D'OBSERVATIONS D'UTÉRUS PUERPÉRAUX PERFORÉS, OU IL A ÉTÉ FAIT DES INJECTIONS INTRA-UTÉRINES QUI SONT PASSÉES DANS LA CAVITÉ PÉRITONÉALE PARCE QUE NOUS TENONS A EN BIEN SOULIGNER TOUTE LA GRAVITÉ, QUE L'UTÉRUS SOIT INFECTÉ OU QU'IL NE SOIT PAS SEPTIQUE.

Obs. XXXV. — (Beuttner) (1). — Femme de 30 ans, fait un avortement ; rétention placentaire : métrite hémorragique. Le curettage est pratiqué six semaines après l'avortement.

Dilatation avec le dilateur de Schultze, qui pénètre à 8 c. m. et perçoit à cette distance la résistance du fond. La sonde introduite ensuite s'enfonce de 20 centimètres. On retire l'instrument pour faire le toucher combiné à la palpation. L'utérus est trouvé petit et antéfléchi. On fait le curettage qui s'accompagne d'une très forte hémorragie. Injection de sublimé.

La guérison est retardée par une intoxication mercurielle confirmée : diarrhée ; douleurs gingivales, quelques plaques aux bords de la langue.

Obs. XXXVI. — (Francis Haynes) (2). — Une multipare a fait un accouchement il y a deux mois ; l'utérus est resté long de 17 centimètres ; il est très mou et longueux. Depuis l'accouchement, hémorragies utérines constantes.

Sous anesthésie on fait la dilatation du col, on introduit dans l'utérus une sonde à double courant et on fait un lavage intra-utérin. Puis curettage très prudent avec une curette tranchante : un aide qui maintient le fond de l'utérus dit à ce moment qu'il vient de sentir la curette immédiatement sous la paroi.

Lavage intra-utérin avec une solution faible de sublimé : la malade accuse de violentes douleurs, devient syncopale, est remise au lit avec un pouls à 140.

Suites : pelvi-péritonite, intoxication mercurielle ; rétablissement pénible.

Obs. XXXVII et XXXVIII. — (Flandrin) (3). — 1° Irrigation continue intra-utérine chez une femme qui vient de faire une fausse couche.

On s'est servi de la sonde rigide de Pinard.

La malade est très indocile : à la suite d'un mouvement brusque elle

(1) Centralblatt für gynækologie, 1897.

(2) American journal of obstetrics, novembre 1890.

(3) Flandrin. Thèse de Paris 1895.

accuse une douleur violente et subite et l'abdomen augmente rapidement de volume ; simultanément le retour du liquide par le vagin est suspendu. Mort quelques heures plus tard.

Autopsie : perforation de l'utérus ; plusieurs litres de liquide dans la cavité péritonéale.

2° Primipare, accouchement spontané ; la fièvre se déclare dès le lendemain. La fièvre persiste pendant 9 jours malgré des injections intra-utérines abondantes. Le 10^e jour on fait deux curettages sans résultat. A la suite du deuxième curettage irrigation continue avec la sonde de Pinard. A un moment douleur subite ; augmentation du volume du ventre en même temps que l'écoulement du liquide par retour est suspendu.

Autopsie : perforation de l'utérus.

Obs. XXXIX. — (Jayle) (1). — X..., 38 ans, accouchement il y a un mois environ.

Depuis, pertes abondantes et continues : anémie considérable. Curettage fait en ville sous chloroforme : le curettage a été fait avec vigueur, mais la curette n'a pas, à un instant donné, pénétré brusquement dans la cavité abdominale, comme si l'utérus s'était tout à coup laissé perforer. A la fin du curettage, l'opérateur put enfoncer son instrument jusqu'au manche et se crut dans une cavité utérine très agrandie. Ecouvillonnage, deux fois répété à la glycérine créosotée.

Lavage intra-utérin au sublimé à 1/1000 : le liquide ne ressort pas, mais l'opérateur n'y prend pas garde.

A ce moment, et bien qu'endormie, la malade pâlit brusquement et les traits s'altèrent tout à coup pour prendre le type du facies péritonéal.

L'injection intra-utérine a été faite brusquement et sans exagérer on peut évaluer à 600 gr. environ la quantité de liquide introduite dans l'abdomen. Irrigation vaginale terminale et pansement. Durée de l'opération : une heure.

A son réveil (9 h. 40 du matin) la malade est pâle, ses tempes sont couvertes de sueur et sa peau est froide. Elle se plaint de vives douleurs abdominales, surtout dans le petit bassin et les flancs.

A midi, douleurs abdominales excessives, nausées et quelques vomissements ; faiblesse extrême. Pouls filiforme, ventre un peu ballonné, excessivement douloureux. A 2 heures perte de connaissance ; extrémités froides.

Mort à 3 heures, c'est-à-dire six heures et demie après l'injection intra-péritonéale de sublimé.

Obs. XL. — Observation due à l'obligeance de M. Porack. — H., 46 ans, multipare, est devenue enceinte pour la 5^e fois, elle a eu ses dernières règles le 18 mars 1904.

Le 16 novembre 1904 elle perd à 5 heures du matin un peu d'eau ; elle est admise à la Maternité à 2 heures du soir. L'enfant se présente

(1) Jayle. Thèse de Paris, 1895.

par l'épaule, mais on s'arrive également sur un pied; les membranes sont intactes.

Le 17 novembre : pas de contraction utérine.

Le 18 novembre, elle descend à 2 h.40 du matin à la salle de travail, la dilatation est complète. La femme accouche rapidement d'un enfant vivant à 2 h.20 du matin.

Après l'accouchement la T. est de 38°8; le pouls à 114. Le liquide écoulé après l'accouchement étant fétide, une injection intra-utérine est faite à 5 h. 45 avec du sublime à 1/4000 (6 litres) :

La femme étant mise en travers du lit, une élève sage-femme guide dans le col la canule intra-utérine sur 2 doigts, après avoir redressé l'utérus; le bock est à 40 cm. au-dessus du lit; le liquide injecté pénètre, aussitôt la femme pousse des cris, se recule et accuse une violente douleur, en même temps que le ventre augmente de volume; la sonde est enlevée et la femme est remise dans son lit, où elle se couche en chien de fusil.

La sage-femme en chef, M^{lle} Hénault, est prévenue à 5 h. 50; elle porte le diagnostic de perforation utérine : 2 litres de la solution de sublimé au moins ont pénétré dans le péritoine; le pouls est à 116. Elle ordonne des compresses très chaudes sur le ventre et fait surveiller le pouls.

Un 1/4 d'heure après : vomissements porracés, le ventre est de plus en plus douloureux, le pouls à 140. A 7 heures l'interne vient.

A 7 heures 1/2 l'accouchée a 2 selles; sueurs froides, extrémités glacées et cyanosées. M. Porack est prévenu et conseille de mettre de la glace sur le ventre et de faire une injection de sérum.

A 8 heures : M. Macé trouve la malade avec un pouls à 160, de plus en plus fuyant; T. 36°; respiration saccadée, très rapide et gênée; à 9 h. 30 M. Macé fait endormir la femme à l'éther et pratique la laparotomie : un litre de liquide s'écoule, M. Macé assèche le plus possible le péritoine et place un drain.

Sérum; caféine; strychnine.

Les extrémités sont froides; la femme se couche en chien de fusil. On fait une injection intra-veineuse de sérum.

A 11 heures : on ne sent plus le pouls.

Midi 30 : la femme meurt après quelques mouvements convulsifs de la face.

Autopsie : le péritoine renferme 200 à 300 gr. de liquide citrin; le péritoine pariétal présente un piqueté ecchymotique presque confluent; les anses intestinales ne sont pas adhérentes, mais sont piquetées de rouge foncé, lie de vin, sur un fond rouge; la surface du foie est piquetée d'ecchymoses. Reins : congestion de la substance médullaire. L'utérus porte une perforation au-dessus de l'orifice interne en arrière et à gauche.

Obs. XLI. — Observation personnelle. — B... Jeanné, 20 ans, entre à l'hôpital Bichat le 24 octobre 1904. Cette femme a accouché à terme à la Maternité de Lariboisière (où elle avait été envoyée pour des signes

d'hémorragie interne le 30 septembre) le 1^{er} octobre 1904 le matin à 5 h. 30 d'un enfant mort non macéré (auscultation des bruits du cœur de l'enfant négative à l'arrivée de la femme à la Maternité). Délivrance naturelle 3 minutes après s'accompagnant de la sortie d'abondants caillots qui furent pesés : 250 gr.

Injection d'ergotine. Sérum artificiel sous-cutané.

La délivrance examinée fut déclarée complète, l'enfant avait succombé à une hémorragie rétro-placentaire.

Notable quantité d'albumine dans les urines lors de l'entrée de la femme à Lariboisière ; mais l'albumine disparaît des urines 4 jours après l'accouchement. Suites de couches apyrétiques et la malade sort de Lariboisière le 9 octobre 1904 pour rentrer chez elle.

Elle reste très affaiblie et trois semaines après son accouchement commencerait à éprouver des douleurs abdominales pour lesquelles, sur l'avis d'un médecin, elle entre à l'hôpital Bichat.

Cette femme a le teint jaune cireux d'une infection profonde ; elle a une T. qui se maintient au voisinage de 39° pendant 4 jours. Le ventre est gros et douloureux un peu partout.

Examen local : utérus encore gros, n'ayant pas fait son involution ; col utérin légèrement entr'ouvert.

Aussi le 28 octobre, après dilatation du col avec des bougies de Hégar un curettage est pratiqué par notre collègue M. Liné : la curette ramène des fongosités abondantes. Attouchement à la glycérine créosotée. Injection intra-utérine.

Le lendemain la T. descend à 37°2 et s'y maintient 3 jours. La T. remontant le 4^e jour à 39°5, Liné fait un 2^e curettage, qui est suivi d'injection intra-utérine, la T. reste au-dessus de 39° pendant 3 jours : injections intra-utérines.

Alors en l'absence de Liné, je pratique un 3^e curettage, la T. descend progressivement pour atteindre 3 jours après 37° ; durant tous ces jours injections intra-utérines. Mais le 4^e jour la T. remonte à 38°, puis bientôt à 40°, malgré les injections intra-utérines quotidiennes.

Le 9 novembre au matin Liné pratique l'injection intra-utérine sans rien remarquer d'anormal ; mais, aussitôt la malade reportée dans son lit, elle accuse une vive douleur dans le ventre et de la gêne respiratoire ; accélération rapide du pouls, nausées, le facies se grippe ; pâleur de la face. On fait une pigûre d'éther.

Les phénomènes se calment et le soir la malade semble mieux et sa T° descend à 37°5.

Le lendemain matin la T° est à 37,5 ; mais le soir même remontant à 39°,7 en l'absence de Liné et ignorant ce qui s'était passé la veille nous pratiquons une injection intra-utérine de permanganate : l'injection ne revient pas, mais n'ayant employé aucune force dans l'introduction de la canule intra-utérine et la femme n'accusant pas de douleur, nous pensons un moment que le liquide ne pénètre pas dans l'utérus ; cependant le bock dont nous nous servions n'étant pas en

verre, nous faisons vérifier le niveau du liquide du bock accroché au mur : 2 litres de permanganate avaient pénétré dans le péritoine.

Au retour de Liné, c'est-à-dire environ 2 heures après, nous donnons à cette femme, dont l'état est très bas, avec une extrême parcimonie du chloroforme, pendant que Liné pratique la laparotomie, fait écouler la plus grande partie du permanganate injecté dans la cavité péritonéale, assèche avec des tampons le petit bassin, constate la perforation utérine sous forme d'une boutonnière verticale à la face postérieure de l'utérus un peu à gauche de la ligne médiane et près du fond de l'utérus ; l'état de la malade est si précaire que Liné laisse l'utérus et se contente de drainer la cavité péritonéale.

Le lendemain de l'opération, la T° s'abaisse progressivement pour atteindre 2 jours après 38°, elle reste au voisinage de 38°, mais remonte progressivement à 39°5 pour y rester 5 jours.

Le lendemain, elle atteint 40°5 et le surlendemain près de 41°, jour où la malade meurt : 12 jours après la laparotomie.

Autopsie : péritonite généralisée, surtout prononcée dans le petit bassin.

Examen de l'utérus par MM. Mortier et Beauvy :

1° Des coupes pratiquées au niveau même de la perforation : la perforation se présente sous la forme d'une fente linéaire, écartant les faisceaux musculaires :

Les bords de la perforation présentent seuls une altération, caractérisée par une mince couche de fibrine, qui est infiltrée de leucocytes polynucléaires ; sur l'un de ces bords se voient 2 gros vaisseaux contenant du sang coagulé par les réactifs ; ils semblent perméables.

A très petite distance de la perforation (moins d'un millimètre), le tissu utérin est sain ; cependant, partant d'une des extrémités de la perforation se voient plusieurs trainées de lymphangite périvasculaires : ces trainées ne présentent en aucun point de zone de nécrose indiquant un processus suppuratif (pas d'abcès).

2° Des coupes portant sur un fragment de l'utérus prélevé loin de la perforation montrent un tissu utérin sain (le tissu conjonctif est infiltré d'un plus grand nombre de cellules que dans un utérus en dehors de l'état puerpéral, ce qui tient au processus d'involution utérine, ainsi qu'en témoignent les amas de pigments ferriques situés au milieu des travées conjonctives).

Obs. XLII. — (Weiss de Nancy) (1). — Une jeune femme, enceinte de 3 mois et désireuse de se débarrasser de sa grossesse, se soumet à des manœuvres abortives dans les conditions suivantes : la personne inexpérimentée, qui s'était chargée de ce soin, introduit dans les voies génitales une sonde de Doléris, et, sentant une résistance vaincue, croit être dans la cavité utérine et y pousse une injection de liqueur de Van Swieten avec une seringue. Tout à coup la patiente ressent une douleur atroce, jette un cri et s'évanouit. Justement

(1) Société de Chirurgie de Paris, 1902.

alarmé, l'opérateur court chercher un médecin qui, espérant conjurer les accidents, lui administre de l'opium et met une vessie de glace sur le bas-ventre. La nuit suivante est assez calme, mais le lendemain le ventre devient douloureux et commence à se ballonner ; il y a des vomissements, de la fièvre et le pouls s'accélère.

Le surlendemain, la situation s'est encore aggravée et la péritonite n'est plus douteuse. Je suis appelé à ce moment à voir la malade, c'est-à-dire 48 heures après le début.

N'ayant pas été mis au courant des manœuvres abortives, je diagnostique une appendicite par perforation avec péritonite, sinon générale, du moins en voie de se généraliser ; tout le ventre est en effet météorisé et douloureux ; le pouls petit, à 110, le facies grippé et il y a des vomissements verdâtres. Je conseille la laparotomie immédiate. Renseigné à ce moment plus exactement sur ce qui s'est passé, j'insiste encore plus pour l'intervention, qui est acceptée et pratiquée séance tenante.

L'abdomen ouvert par une incision médiane, je constate une rougeur de tout le péritoine pelvien, qui renferme environ 1 litre de sérosité trouble, dans laquelle nagent les anses intestinales, également très vascularisées.

Il n'y a pas trace de fausses membranes, pas de tendance à l'enkystement : la péritonite n'est pas encore généralisée, mais il est évident qu'elle est en train de le devenir. Après avoir soigneusement abstergé la cavité pelvienne, je me préoccupe de rechercher la perforation qui doit certainement exister. Le volume de l'utérus gravide me crée à cet égard de grandes difficultés ; je finis cependant par voir une petite plaie siégeant à 4 centimètres environ au-dessus du cul-de-sac de Douglas : c'est donc le cul-de-sac postérieur du vagin qui a été percé par l'instrument, et l'injection de liqueur de Van Swieten a été faite dans le Douglas lui-même.

Je fis un large drainage, à la fois par l'abdomen et par le vagin, en me servant d'un gros tube de caoutchouc entouré de gaze iodoformée. La profondeur du cul-de-sac de Douglas, due à la présence de l'utérus gravide, légitimait spécialement l'ouverture du Douglas par la colpotomie.

Je terminai l'opération qui avait duré une dizaine de minutes, en injectant à la malade un litre de sérum artificiel.

Le lendemain la situation de la malade s'était un peu améliorée ; mais dans la nuit survinrent les signes d'une fausse couche : coliques violentes, écoulement de sang par les voies génitales. Mon interne, sentant l'œuf dans le vagin, put l'enlever sans déplacer le drain ; pour éviter l'infection péritonéale, il fit une désinfection rigoureuse avec des tampons secs de gaze aseptique, ce qui fut continué les jours suivants.

L'avortement fut suivi d'une exacerbation de tous les symptômes péritonéaux et pendant 3 jours la patiente fut littéralement entre la vie

et la mort. Le pouls était à 140 ; la température très élevée ; le ballonnement généralisé.

Néanmoins, grâce à des injections massives de sérum, et à la glace sur le ventre, elle finit par surmonter les accidents, tout en présentant pendant près de 15 jours de la fièvre et des vomissements incessants. A l'heure actuelle, elle est parfaitement remise, ne gardant qu'une légère éventration au niveau du drain abdominal.

La malade de Beuttner en est quitte pour une intoxication mercurielle confirmée qui prolonge sa convalescence ; la malade de Haynes se rétablit péniblement après avoir fait de la pelvipéritonite et présenté des accidents d'intoxication mercurielle.

Mais les choses ne se passent pas relativement aussi bien dans les observations qui suivent : les malades soumises à l'irrigation continue intra-utérine, dont nous empruntons les observations à la thèse de Flandrin, succombent en quelques heures ; la malade dont Jayle rapporte l'observation meurt 6 heures et demi après l'introduction dans la cavité péritonéale de 600 grammes environ d'une solution de sublimé à 1/1.000. C'est 3 heures environ après l'intervention de M. Macé et 7 heures après la pénétration dans le péritoine d'environ 2 litres d'une solution de sublimé au 1/4 000 que la femme, dont nous devons l'observation à l'obligeance de M. Porack, succombe.

La femme dont nous rapportons l'observation (personnelle) a eu vraisemblablement son utérus perforé au cours de l'injection intra-utérine qui a été pratiquée le 9 novembre. Le lendemain soir, la température étant remontée à 39°,7 et ignorant ce qui s'était passé la veille, nous même pratiquons une injection intra-utérine au permanganate, le liquide ne revient pas, mais le bock dont nous nous servions n'étant pas en verre, nous pensâmes un moment que le liquide ne pénétrait pas dans l'utérus et quand nous fîmes vérifier le niveau du bock accroché au mur, 2 litres de permanganate avaient pénétré dans le péritoine. Etant seul à l'hôpital, nous attendons le retour de notre collègue Liné et, environ 2 heures après, nous donnons à cette femme dont l'état est très bas avec une extrême parcimonie du chloroforme, pendant que Liné pratique la laparotomie, fait écouler la plus grande partie du permanganate injecté dans la cavité péritonéale, assèche avec des tampons le petit bassin, constate la perforation utérine sous forme d'une boutonnière à la face

postérieure de l'utérus, laisse l'utérus, tant l'état de la malade est précaire et draine la cavité péritonéale.

Cette femme survécut 12 jours à cette intervention.

Enfin nous avons cru pouvoir joindre à ces observations celle de M. Weiss de Nancy, bien qu'il ne s'agisse pas d'une perforation utérine ; dans cette observation, la sonde de Doléris a perforé le cul-de-sac vaginal postérieur et pénétré dans le cul-de-sac de Douglas où il a été injecté une seringue de liqueur de Van Swieten, dont la contenance n'est pas indiquée. C'est seulement 48 heures après l'accident, que M. Weiss est appelé auprès de cette femme, qui présente des symptômes de péritonite et pratique la laparotomie, puis il draine largement à la fois par l'abdomen et par le vagin : après avoir été littéralement entre la vie et la mort pendant 3 jours, cette malade guérit à grand peine, grâce à l'intervention.

Ces observations, auxquelles on peut joindre celles que nous avons relatées antérieurement, permettent de conclure qu'il faut s'abstenir d'injection intra-utérine toutes les fois qu'une perforation utérine est évidente ou simplement probable, que lorsqu'on pratique une injection dans un utérus, dont la perforation est passée inaperçue ou que la sonde intra-utérine vient de produire et que le liquide de l'injection ne revient pas ou revient en minime quantité, il faut interrompre immédiatement l'injection, puis pratiquer de suite la laparotomie, faire écouler le liquide qui a passé dans la cavité péritonéale, assécher le plus possible avec des tampons, puis drainer largement et méthodiquement la cavité péritonéale pour assurer l'issue de ce liquide et lutter contre la péritonite généralisée quasi fatale quand l'injection intra-utérine a été faite dans un utérus puerpéral infecté. (1)

Quant à l'utérus, on se comportera à son égard d'après les considérations sur lesquelles nous nous sommes étendus antérieurement : on le conservera ou on en pratiquera l'ablation, selon qu'il appartient à l'une des catégories que nous avons établies.

(1) Remarque. — Nous sommes d'avis, lorsque le liquide injecté dans le péritoine est toxique et caustique comme le sublimé, de faire de grands lavages péritonéaux à l'eau bouillie pour le diluer.

CONCLUSIONS

1° La perforation utérine par manœuvres abortives n'est pas exceptionnelle.

2° La perforation accidentelle de l'utérus puerpéral n'est pas chose très rare ; et la fréquence relative de cet accident, qui peut arriver entre les mains du plus habile, tient à des causes multiples, qu'il convient de connaître pour l'éviter dans la mesure du possible : la paroi utérine est fragile de suite après l'accouchement et l'avortement, mais aussi tant que l'involution de l'utérus n'est pas faite, que ce retard de l'involution utérine relève de la rétention placentaire ou de l'infection de l'utérus.

Aussi toutes les manœuvres intra-utérines devront-elles être très prudentes, car tout instrument (même en apparence le moins dangereux, mal manié) introduit dans l'utérus puerpéral est susceptible de perforer sa paroi :

3° Le pronostic est toujours sérieux, souvent grave (contrairement à l'opinion courante), car, indépendamment des lésions possibles d'un viscère abdominal, plus particulièrement de l'intestin, la perforation de l'utérus puerpéral tire sa gravité :

1) Surtout de l'infection péritonéale par des produits septiques :

Ou venus de l'utérus, quand l'utérus puerpéral est infecté :

a) Que sa paroi soit septique ;

b) ou qu'il s'agisse seulement d'une rétention placentaire infectée.

Ou apportés du dehors quand la perforation est abortive, c'est-à-dire succède à des manœuvres intra-utérines, presque toujours malpropres.

2) De sa méconnaissance presque forcée (tout au moins pendant un certain temps) quand la perforation est abortive, parce que la femme ne fait pas d'aveux ou ne les fait que très tardivement.

3) De la difficulté assez fréquente de son diagnostic ferme quand elle est accidentelle, parce que, en dehors de la procidence de

l'épiploon ou de l'intestin à travers la perforation utérine, parmi les symptômes physiques (qui sont les meilleurs) :

les uns ne sont que des signes de grande probabilité ;

les autres fournissent bien une certitude, mais sont inconstants.

4° Il faut donc en faire le diagnostic, et le diagnostic précoce :

1) Aussi, toutes les fois que la perforation accidentelle ne sera que probable ou même douteuse, on fera, selon la pratique de M. Picqué, la laparotomie qui permettra de constater et l'existence de la perforation et les lésions possibles de l'intestin, etc. et de faire le nécessaire.

2) Aussi, pour ne pas laisser passer inaperçue la perforation abortive (qui n'est pas avouée), en présence de tout avortement, auquel on n'aura pas assisté du commencement à la fin, on fera l'exploration digitale intra-utérine qui permettra de la reconnaître souvent, sinon toujours, et de faire, peut-être à temps, le nécessaire.

5° L'intervention sera, non pas l'hystérectomie vaginale, procédé aveugle (qui expose à enlever un utérus non perforé et que, perforé, on peut parfois conserver en pratiquant la suture de la perforation, qui laisse ignorés et l'état de l'intestin et l'état du péritoine).

Mais toujours, et le plus tôt possible, la laparotomie médiane sous-ombilicale :

1) Elle est indiscutable :

Quand la perforation est compliquée de symptômes de péritonite ;

Quand la perforation est compliquée de procidence de l'épiploon ou de l'intestin, assez souvent lésés.

2) Elle nous paraît indiscutable quand elle est compliquée d'injection intra-utérine passée dans la cavité péritonéale, que l'injection ait été faite avec un liquide inoffensif ou avec un liquide toxique et caustique, comme le sublimé.

3) Elle nous paraît indiscutable, quand il s'agit d'un utérus puerpéral infecté, que ce soit la paroi utérine qui soit septique et, dans ce cas, nous croyons que le mieux est de pratiquer l'hystérectomie, ou qu'il s'agisse seulement d'une rétention placentaire infectée et alors, si les annexes des deux côtés sont saines, si la femme est

encore jeune, nous nous prononçons, de par des preuves cliniques et de par des preuves anatomo-pathologiques, pour, après évacuation de la cavité utérine, la conservation de l'utérus par la suture, au besoin après résection des bords de la perforation.

4) Elle nous paraît être préférable à l'abstention très attentivement surveillée (jusqu'à un certain point défendable), quand il s'agit d'un utérus puerpéral non infecté et sera suivie de la suture qui fermera la communication entre la cavité utérine et la cavité péritonéale.

5) Enfin elle nous paraît indiscutable, quand la perforation est due à des manœuvres abortives, parce que l'infection peut être tenue pour presque certaine : si elle ne vient pas de l'utérus, elle a été apportée du dehors, car les manœuvres ont été presque toujours malpropres.

6) Pour tout dire, nous voulons que la perforation de l'utérus puerpéral abortive et accidentelle, seulement probable, soit une indication *formelle*, à la laparotomie exploratrice d'urgence, suivie selon les cas de la suture, de la perforation utérine ou de l'hystérectomie.

Vu : *Le Président de thèse,*
PAUL BERGER.

Vu : *Le Doyen,*
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I. — Fréquence et étiologie.....	3
CHAPITRE II. — Anatomie pathologique.....	14
CHAPITRE III. — Symptômes.....	20
CHAPITRE IV. — Evolution et complications.....	28
— Pronostic.....	29
— Diagnostic.....	30
CHAPITRE V. — Traitement et observations.....	33
CONCLUSIONS.....	85
